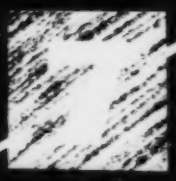


PORTRAIT DE LA LITTÉRATURE QUÉBÉCOISE EN TOXICOMANIE

DOSSIER II: LA RÉADAPTATION

91-05600/

PORTRAIT DE LA LITTÉRATURE QUÉBÉCOISE EN TOXICOMANIE DOSSIER II: LA RÉADAPTATION

BIBLIOTHÈQUE
SEP 10 1990
DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

CLAIRE CHAMBERLAND

SERVICE DE L'ÉVALUATION
RÉADAPTATION ET SERVICES DE LONGUE DURÉE

DIRECTION DE L'ÉVALUATION

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

JUIN 1990

ISBN: 2-550-20686-X
Dépôt légal - 3e trimestre de 1990
Bibliothèque nationale du Québec

RÉSUMÉ

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

La consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent occasionner un ensemble de problèmes de différents ordres, lié à son usage: physiologique, psychologique, social et juridique. La consommation des psychotropes est en effet considérée comme un facteur de risque associé au développement de certaines pathologies physiologiques et aussi de divers autres troubles: tentatives de suicide, accidents routiers, problèmes familiaux ou financiers, arrestations, abandon des études.

Malgré l'identification de la consommation abusive de l'alcool et l'usage des drogues comme facteur de risque, l'intervention dans ce domaine ne peut s'inspirer de lignes directrices bien définies et généralement admises par tous. L'efficacité ou l'efficience des services professionnels visant à réadapter les toxicomanes est quelquefois mise en doute; on interroge leur utilité ou leur nécessité.

À la suite d'interrogations sur la pertinence et l'efficacité des services déjà en place, il fut décidé de procéder à une recension des évaluations réalisées au Québec et de compléter ce matériel par la synthèse des différentes revues de la documentation évaluative internationale effectuée par des chercheurs ou des intervenants québécois. La description sommaire des services actuels de réadaptation est rapidement apparue comme un préalable utile en vue d'une analyse pertinente de l'ensemble des informations de nature évaluative.

Avec ce matériel, nous cherchions surtout à dégager des éléments apparaissant comme moins adéquats dans l'ensemble des services québécois existants ou des pistes d'intervention plus prometteuses, de même que des pistes quant aux re-

cherches évaluatives à faire en vue de mieux saisir le fonctionnement et l'efficacité des services actuels.

Le présent document porte sur la réadaptation en toxicomanie; il fait suite à un premier document, déjà publié, qui portait sur la prévention primaire et secondaire des toxicomanies*.

Les évaluations québécoises

Nous avons repéré une quinzaine d'évaluations québécoises portant sur le traitement lui-même ou sur des activités ou services de réadaptation en toxicomanie. Nous avons dressé un portrait des grandes caractéristiques de l'ensemble de ces évaluations; nous traitons des différents types d'évaluation présents dans cet ensemble et de leur méthodologie, des questionnements auxquels ces évaluations ont cherché à répondre, des indicateurs les plus généralement utilisés dans ces études ainsi que des résultats les plus intéressants auxquels elles ont abouti.

Les revues de littérature

Les chercheurs québécois ont utilisé la revue de littérature internationale, soit pour compenser l'insuffisance des recherches évaluatives locales, soit pour alimenter la réflexion sur l'intervention en réadaptation. Certaines des revues repérées portent sur l'ensemble de la littérature évaluative concernant les effets des traitements de réadaptation; nous les présentons par auteur: Cormier, Landry, Mercier, Mercier et Brochu. D'autres revues se concentrent sur un thème spécidique: les jeunes et les femmes; elles sont ainsi présentées.

LES PRINCIPALES LEÇONS DE L'ÉVALUATION

Dans le secteur de la réadaptation des toxicomanies, la littérature évaluative apporte certains éléments de réponses; peut-être sont-elles partielles et tempo-

---

* CLAIRE CHAMBERLAND / MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie - Dossier 1: la prévention, Québec, Direction de l'évaluation, 1990.

raires, mais leur utilité dans la planification et la programmation des services de ce secteur est indéniable. Donc, les voici:

- la présence d'un traitement de réadaptation entraîne une différence significative par rapport à une situation où il n'y a aucun traitement;

- il n'existe aucun traitement idéal pour tous les toxicomanes et les variables personnelles ou environnementales semblent avoir plus d'influence sur les résultats obtenus que le type de traitement suivi;

- les personnes ayant le plus de chances de s'en tirer sont celles qui ont des problèmes récents et pas trop sévères de toxicomanie et qui, de plus, possèdent un bon emploi de préférence stable, et un entourage familial, occupationnel ou un réseau social qui peut appuyer leur démarche personnelle pour se sortir de ce problème;

- les traitements ne connaissent pas tous les mêmes degrés de succès avec toutes les personnes toxicomanes. L'hypothèse d'un appariement entre les caractéristiques des bénéficiaires et les différentes modalités de traitement ressort comme une voie prometteuse à explorer;

- une évaluation clinique standardisée et plus fouillée afin de cerner les besoins diversifiés des clients ressort comme un moyen de contrôler et d'évaluer les appariements;

- le traitement de réadaptation n'engendre pas seulement un effet sur la consommation des psychotropes, mais sur plusieurs dimensions du fonctionnement psychologique et social. Il est donc nécessaire d'examiner un ensemble de différentes variables afin de connaître l'efficacité d'un traitement de réadaptation;

- les résultats obtenus par les clients ne semblent pas reliés à l'intensité des traitements suivis. Le services externes et internes seraient donc aussi efficaces les uns que les autres, tout en ne s'adressant pas aux mêmes clientèles;

- les taux de succès obtenus dans les études québécoises sont comparables à ceux que rapportent les revues de la littérature étrangère.

LES AXES DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES

Dans le réseau de réadaptation québécois, il reste encore des éléments à consolider et beaucoup d'autres éléments à développer afin d'atteindre réellement un ajustement individualisé, entre les besoins des toxicomanes et les alternatives dans l'intervention. Trop souvent encore, le choix d'un traitement se situe entre deux pôles dichotomiques: les services résidentiels avec un séjour de 21 à 28 jours ou des services externes qui comportent quelques rencontres individuelles ou de groupe s'échelonnant sur quelques mois. Les programmes spécialisés s'adressant à des clientèles spécifiques ne sont pas très nombreux; l'appariement est encore à l'état de projet et seuls quelques établissements envisagent cette alternative. Découlant de notre connaissance des services québécois actuellement dispensés pour réadapter les toxicomanes et de la littérature évaluative tant québécoise qu'internationale, nous avons identifié certains axes possibles de développement des services de réadaptation:

- former et outiller les intervenants de première ligne pour le dépistage et l'intervention précoce auprès des clientèles présentant une consommation qui pourrait devenir problématique;

- développer une complémentarité réelle dans les types de prises en charge des clientèles toxicomanes entre le réseau de première ligne et le réseau de réadaptation;

- mettre sur pied une gamme de services intermédiaires permettant une meilleure réponse à la diversité des besoins des clientèles et un recours moins fréquent aux services internes de moyenne et longue durée;

- implanter un projet-pilote de "case management" et évaluer si ce type d'organisation de services permet vraiment de réaliser les objectifs d'individualisation des services en fonction des besoins diversifiés de toxicomanies;

- améliorer la continuité des services lors des références entre les établissements et lors des suivis des clientèles;

- encourager le partage des mêmes instruments standardisés pour l'évaluation clinique ou une partie de celle-ci qui permettrait une plus grande comparabilité des données recueillies sur les clientèles;

- amorcer une réflexion sur la désintoxication et préciser certaines orientations à l'égard de ce type d'intervention.

LES AXES DE DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION ÉVALUATIVE

Le M.S.S.S. et les C.R.S.S.S. peuvent difficilement se passer de données minimales sur les services de réadaptation et la clientèle desservie, et ce afin d'effectuer des choix d'orientation ou de programmation provinciale ou régionale. Sans de telles données, les décisions ne peuvent se prendre qu'en fonction de perceptions subjectives qui pourraient parfois se révéler non fondées. Un système d'information sur la clientèle toxicomane réadaptée apparaît donc comme un moyen nécessaire afin de recueillir régulièrement des informations quant à l'évolution de la situation touchant les profils des problèmes des clientèles et les services qu'elles reçoivent. Il faudrait donc poursuivre la démarche déjà amorcée à l'égard du système d'information clientèle.

Des besoins importants en information de base existent; les sujets suivants devraient être documentés prioritairement à des fins évaluatives:

- une description des différentes approches et méthodes thérapeutiques utilisées par les intervenants dans les centres de réadaptation en toxicomanie et les unités de toxicomanie dans les C.H.S.C.D.;

- une description comparative des clientèles des hôpitaux et les centres de réadaptation pour connaître leurs spécificités respectives;

- une évaluation des services de désintoxication aux personnes toxicomanes.

Ce n'est qu'après que l'on pourra aborder des questions d'évaluation plus sophistiquées comme l'efficacité différentielle des trajectoires de soins, l'intervention auprès de clientèles spécifiques, les types de suivi, etc.

Les services de réadaptation en toxicomanie nécessite une consolidation qui conduira vers une plus grande souplesse des services en regard des besoins de la clientèle. Le développement de la fonction évaluative aux divers niveaux organisationnels dans ce domaine, est un des outils qui pourrait permettre d'acquérir une telle consolidation.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier tous ceux qui, directement ou indirectement, ont contribué à la réalisation de ce document. Je voudrais mentionner de façon toute particulière les personnes suivantes:

- pour leurs commentaires constructifs sur ce texte, mes collègues Lucie Bélanger, Mario Bolduc, Dominique Bouchard, Yvon Brunelle, René Cloutier, Laurent Roy, Alain Saucier, Gilles Strasbourg, Lysette Trahan, Denyse Boivin du département de toxicomanie de l'Hôpital St-François d'Assise, Michel Landry de Domrémy-Montréal, Suzanne D'Annunzio, chef du Service de l'évaluation-Réadaptation et services de longue durée et Sylvie Dillard, directrice de la Direction de l'évaluation;

- pour l'aide à la documentation et la révision linguistique, Gilles Picard et Andrée G. Laforge;

- pour la dactylographie des différentes versions de ce document et sa mise en forme, Lise Lapointe.

Leur apport m'a été précieux.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ i

REMERCIEMENTS vii

CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE 1

CHAPITRE 2 OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE 5

2.1 PRÉCISIONS SUR LES OBJECTIFS DE CETTE RECENSION 5

2.2 CHOIX ET CONTRAINTES MÉTHODOLOGIQUES 6

CHAPITRE 3 APERÇU DES PROGRAMMES OU ACTIVITÉS DE RÉADAPTATION AU QUÉBEC . 9

3.1 LES RESSOURCES PRIVÉES ET PUBLIQUES 11

3.2 LES SERVICES OFFERTS 12

3.3 LA CLIENTÈLE DESSERVIE 18

3.4 LA CONCEPTION DE LA TOXICOMANIE ET LES OBJECTIFS VISÉS PAR LES SERVICES DE RÉADAPTATION 21

3.5 LES PARTICULARITÉS DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS 22

CHAPITRE 4 LES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES EN RÉADAPTATION 25

4.1 RÉTROSPECTIVE DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE EN TOXICOMANIE . . . 25

4.2 TYPES D'ÉVALUATION ET CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES . . . 27

4.3 QUESTIONNEMENTS MAJEURS AUXQUELS ONT TENTÉ DE RÉPONDRE LES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES 28

4.4 INDICATEURS UTILISÉS PAR LES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES 30

4.5 RÉSULTATS LES PLUS MARQUANTS DES ÉVALUATIONS EN RÉADAPTATION 31

CHAPITRE 5 LES REVUES QUÉBÉCOISES DE LA LITTÉRATURE ÉVALUATIVE EN RÉADAPTATION 41

5.1 REVUES GÉNÉRALES DE LA LITTÉRATURE ÉVALUATIVE 41

5.2 REVUES THÉMATIQUES 47

CHAPITRE 6 LES ENSEIGNEMENTS À RETIRER DE LA LITTÉRATURE ÉVALUATIVE . . . 53

6.1 DE NOUVELLES CONNAISSANCES SUR LE PROFIL DE LA CLIENTÈLE QUÉBÉCOISE 53

6.2 LES GRANDES LIGNES À DÉGAGER DE L'ÉVALUATION 56

6.3 PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT ET RECOMMANDATIONS 62

CONCLUSION 75

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 77

ANNEXE 1 LA NOTION D'ÉVALUATION 83

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ANNEXE 1 89

ANNEXE 2 DONNÉES SUR LES CLIENTÈLES DES SERVICES PUBLICS DE RÉADAPTATION EN TOXICOMANIE 91

ANNEXE 3 DESCRIPTION DES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES PORTANT SUR LA RÉADAPTATION DES TOXICOMANES 95

ANNEXE 4 LEXIQUE 145

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE

La consommation d'alcool et d'autres drogues peuvent occasionner un ensemble de problèmes de différents ordres, lié à son usage: physiologique, psychologique, social et juridique*. La consommation des psychotropes est en effet considérée comme un facteur de risque dans le développement de certaines pathologies physiologiques: cardiopathies ischémiques, certains cancers, cirrhose du foie... (42, 43). La consommation des psychotropes est aussi considérée comme un facteur de risque associé au développement de divers autres troubles: tentatives de suicide, accidents routiers, problèmes familiaux ou financiers, arrestations, abandon des études... (42, 43). Cette consommation entraine aussi des problèmes plus globaux: coûts financiers des services aux toxicomanes et aux tierces personnes concernées, baisse de productivité de la main-d'oeuvre... (43). Les problèmes liés à la consommation des psychotropes touchent donc, à la fois le consommateur lui-même, son environnement social immédiat - famille, amis, employeur - et la société en général.

La tolérance sociale à la consommation des divers produits est fonction des contextes et les notions même de "consommation abusive", de "consommation problématique" ou même de "problèmes liés à consommation" en découlent (63). Ces définitions varient selon les particularismes des contextes sociaux dans lesquels les consommateurs s'insèrent; des variations dans les caractéristiques culturel-

---

* Les psychotropes désignent toute substance qui affecte ou modifie le fonctionnement du système nerveux central ou autonome. On classifie ces substances selon le type d'effets provoqués sur le système nerveux: les dépresseurs, les stimulants et les perturbateurs. Les psychotropes englobent à la fois des drogues licites (alcool, nicotine, médicaments sous ordonnances,...) et les drogues illicites. Cette définition correspond à la notion utilisée dans le document de consultation sur les orientations ministérielles concernant l'usage et l'abus des psychotropes (57).

les, sociales, religieuses ou même économiques modèlent tant les comportements que les concepts dans ce domaine. La norme varie donc dans l'espace et aussi dans le temps.

Certaines tentatives pour définir la toxicomanie, ainsi que les types de consommation abusive, ont été entreprises mais sans jamais parvenir à un consensus sur le sujet. Les clarifications les mieux connues de la notion de toxicomanie sont celles de Jellinek pour l'alcoolisme, de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) et celle qui a été établie par l'association américaine des psychiatres (en l'occurrence dans le D.S.M. III-R) (63).

Malgré cette absence de consensus, certains points communs peuvent être dégagés. La dépendance aux toxicomanies apparaît comme le résultat d'un besoin irrésistible de consommer un ou des psychotropes. La consommation peut engendrer une dépendance psychologique, et parfois physique selon les produits utilisés, et aussi provoquer une tolérance au produit consommé, qui aura pour effet de conduire à une augmentation des doses consommées. Les comportements de consommation proviennent parfois d'une stratégie d'adaptation de l'individu, soit pour faire face à certaines difficultés, soit pour obtenir certaines satisfactions, ou encore comme mesure de protection psychologique. La consommation des psychotropes produit fréquemment un style de vie particulier pour le toxicomane, ce qui crée bien souvent chez l'individu aux prises avec ce problème un handicap personnel et social.

De façon analogue, certains auteurs ont essayé de cerner différents types de toxicomanie selon différents types de consommation ("mésusage" ou "abus"). Mais là encore, il n'y a pas eu consensus. À l'inverse, on aboutit à une conception diversifiée de la consommation et des consommateurs:

> "There are multiple patterns of use, misuse, and abuse that may be denoted as a pattern of alcoholism. There are multiple interactive etiological variables that may combine to produce a pattern of alcoholism. All persons are vulnerable to the development of some type of alcoholism problem" (63).

Cette conception est encore plus pertinente lorsque l'on envisage l'ensemble des psychotropes et les problèmes de consommation qu'ils produisent. La conception même de la toxicomanie ne fait donc pas consensus, non plus que les différents types de toxicomanes ou de toxicomanie. Seul le fait qu'aucun critère unique ne permet d'identifier une toxicomanie est admis par tous.

L'apparition d'un problème découlant de la consommation des psychotropes résulte d'une interaction complexe entre un produit, une personne et son environnement ou contexte social. Certains gros consommateurs ne présentent aucun problème et certains petits consommateurs développent un problème de toxicomanie. Des problèmes de consommation peuvent résulter d'une consommation sociale occasionnelle ou conjoncturelle, sans pourtant entraîner une dépendance. Même si la consommation d'une petite quantité peut dégénérer en difficulté, il n'en reste pas moins que l'apparition des problèmes est généralement liée à la fréquence de la consommation, aux quantités ou encore à la qualité des produits consommés. Certains documents existants (19,42,58) permettent d'apprécier l'ampleur de la consommation des psychotropes au Québec.

Malgré l'identification de la consommation abusive de l'alcool et l'usage des drogues comme facteur de risque associé au développement de certains problèmes de santé au Québec (43), l'intervention dans ce domaine ne peut s'inspirer de lignes directrices bien définies et généralement admises par tous. L'efficacité ou l'efficience des services professionnels visant à réadapter les toxicomanes est quelquefois mise en doute; on interroge leur utilité ou leur nécessité. Les groupes d'entraide apparaissent comme une solution moins coûteuse pour tenter d'enrayer les problèmes des consommateurs.

Contexte

Les questions qui ont provoqué l'émergence de ce dossier portaient justement sur les résultats de ce qui se faisait dans ce secteur tant au Québec qu'ailleurs. La Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la santé et des services sociaux (M.S.S.S.) s'interrogeait sur la pertinence et l'efficacité des services déjà en place tant en prévention qu'en réadaptation; quel est le taux de succès des différents programmes de réadaptation existant

au Québec? Comment définit-on ce succès? Quel est le pourcentage de retour de la clientèle dans les programmes de désintoxication ou de réadaptation? Y-a-t-il des clients chroniques et quelles sont leurs particularités? Les services communautaires et les services d'entraide (que certains nomment le privé non lucratif) sont-ils aussi efficaces que les services professionnels de réadaptation, que ceux-ci soient publics ou privés? Ces services communautaires seraient-ils suffisants? Ces questions touchaient aussi des éléments plus globaux comme l'efficacité différentielle des diverses stratégies tant en prévention des toxicomanies que dans le domaine de la réadaptation des clientèles de toxicomanes. Cette demande était relativement globale et portait sur une évaluation d'ensemble des services publics existants au Québec.

Dans un premier temps, nous avons procédé à une revue de la documentation dans ce domaine. Une première recherche documentaire à la banque de données "Dialog" nous a permis de constater qu'il y a abondance et diversité des recherches évaluatives en toxicomanie à l'extérieur du Québec. Nous y avons repéré plusieurs recensions de littérature déjà effectuées tant en réadaptation qu'en prévention. En réadaptation par exemple, certains auteurs comme Cahalan (9). Miller et Hester (54, 55), ou encore l'Office of Technology Assessment (O.T.A.) (62) ont déjà effectué un travail remarquable de synthèse des recherches évaluatives que l'on considère comme des classiques dans ce domaine. Nous ne voulions certes pas reproduire un travail déjà réalisé.

Par opposition à ce foisonnement, la rareté des recherches évaluatives québécoises nous frappa. Des chercheurs en ce domaine nous confirmèrent cette rareté de matériel québécois ainsi que l'existence de revues de la littérature internationale réalisée au Québec même. Mais aucun portrait d'ensemble récent de ce qui avait été réalisé ici même au Québec n'existait. Nous avons donc décidé de procéder à une recension du matériel québécois afin de parvenir à une perception plus exacte et plus approfondie de l'état de la situation en ce qui avait trait à l'évaluation en toxicomanie. De plus, nous savions que le ministère Santé et Bien-être Canada amorçait une démarche en parallèle à la nôtre afin de recenser ce qui avait été réalisé comme évaluation en toxicomanie au Canada-anglais; nos démarches respectives devenaient donc en quelque sorte complémentaires.

CHAPITRE 2
OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

2.1 PRÉCISIONS SUR LES OBJECTIFS DE CETTE RECENSION

Lorsque nous avons mis ce projet en marche, aucun des quelques informateurs consultés ne semblaient connaître précisément ce qui existait au Québec en fait d'évaluation dans le secteur de la toxicomanie. Plusieurs y voyaient le désert ou presque. Ce portrait de la documentation évaluative au Québec en toxicomanie nous semblait pourtant préalable à l'identification de pistes de recherche en vue d'évaluer les services dispensés par le Ministère. L'objectif de ce projet consiste donc à dresser une description de ce qui existe, de ce qui a déjà été effectué en évaluation dans le secteur de la prévention et de la réadaptation des toxicomanies au Québec dans les années récentes.

Une telle démarche a été effectuée avec l'intention explicite de faire ressortir les éléments les plus prometteurs quant à l'efficacité et à l'impact des programmes de prévention et de réadaptation dans le secteur de la toxicomanie. Une telle description permettait premièrement de dégager des éléments apparaissant comme moins efficaces dans l'ensemble des services québécois existants, aussi bien que des pistes d'intervention plus prometteuses. Deuxièmement, ce portrait rend aussi possible le repérage de certaines pistes pertinentes de recherches évaluatives à réaliser si l'on veut mieux comprendre l'efficacité des services actuels ou potentiels en toxicomanie. Un objectif plus secondaire pourra vraisemblablement aussi être atteint puisque ce travail permettra de porter un jugement, si sommaire soit-il, quant au développement de la fonction évaluative en toxicomanie.

Cet ensemble de différents motifs nous incite donc à procéder à une recension des évaluations réalisées au Québec, qui portent sur des programmes ou des acti-

vités reliées soit à la prévention, soit à la réadaptation des toxicomanies. De plus, nous avons cru intéressant de procéder à la synthèse des différentes recensions de la documentation évaluative internationale réalisées par des chercheurs ou des intervenants québécois, ce qui nous permet de mieux situer l'apport de la littérature extérieure dans le développement de la fonction évaluative en toxicomanie. Cet élément nous est apparu comme une autre façon d'étudier la situation québécoise de l'évaluation en toxicomanie. Puis, une description sommaire des services de réadaptation et des activités de prévention actuellement réalisés dans le réseau est apparue comme préalable à cette recension et utile au niveau de l'analyse.

Comme les dimensions prévention et réadaptation constituaient de fait des entités indépendantes et autonomes, nous avons scindé en deux dossiers distincts la documentation sur l'ensemble de ce secteur. Le présent document porte sur la réadaptation en toxicomanie; un premier document portait sur la prévention primaire et secondaire*. Pour chacun de ces dossiers, nous aborderons les points suivants: un aperçu des services actuels, une description des évaluations québécoises, puis une synthèse des diverses revues de littérature effectuées au Québec et enfin une analyse des divers aspects du dossier en cause. Mais avant de procéder à la documentation de ces différents points, il est nécessaire d'apporter certaines précisions quant aux choix et contraintes méthodologiques de ce dossier.

2.2 CHOIX ET CONTRAINTES MÉTHODOLOGIQUES

Nous avons décidé de faire montre de beaucoup de souplesse dans le choix du matériel, ce qui correspond bien aux limites incertaines et flottantes de l'évaluation selon les contextes et leur évolution**. Nous avons cherché à ne pas exclure de matériel qui pouvait s'avérer pertinent. Nous englobons les évaluations maison dont la spécificité porte sur le fait qu'elles sont réalisées dans

---

* CLAIRE CHAMBERLAND / MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie - Dossier 1: la prévention, Québec, Direction de l'évaluation, 1990.

** Les précisions supplémentaires sur la notion d'évaluation sont données à l'annexe 1.

les établissements par des évaluateurs internes, soit les intervenants eux-mêmes ou leur gestionnaire, ou même un chercheur intégré au personnel régulier de l'établissement. Ces évaluations maison permettent généralement d'articuler au moins une réflexion critique sur un programme ou une intervention à un coût relativement minime en ressources humaines et financières.

Nous n'avons pas pris en condisération dans notre tour d'horizon les études décrivant uniquement les grandes caractéristiques des clientèles traitées par des établissements particuliers.

Un autre aspect de l'inclusion a trait à la liste des psychotropes couverts: nous avons exclu le matériel évaluatif (évaluation et revue de littérature) portant uniquement sur le tabac et la caféine. Tous les autres psychotropes sont intégrés: alcool, médicaments, drogues illégales. Cette exclusion se justifie par le fait que ces deux produits font souvent l'objet de programme spécifique. De plus, ils ne sont pas toujours intégrés à la liste des psychotropes susceptibles d'engendrer une toxicomanie. L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) classifie en effet le tabac comme un produit susceptible de développer des abus non dépendants alors qu'elle classifie les autres psychotropes comme conduisant à des dépendances spécifiques (2). Cette classification est sans aucun doute critiquable, mais son existence constitue un reflet relativement exact des biais culturels relatifs aux toxicomanies. Il faut remarquer que ces deux psychotropes, tabac et caféine, n'entraînent pas de comportements asociaux ou susceptibles d'être dangereux pour des tierces personnes.

Méthodologie de documentation

Nous avons cherché à couvrir la période entre 1982 et aujourd'hui. Différentes stratégies furent utilisées pour assembler la documentation pertinente. Premièrement, nous avons fait appel aux organismes du réseau public qui ont un mandat de réadaptation; ceux-ci nous ont fait parvenir des évaluations en cours ou déjà réalisées. Cette opération nous a d'ailleurs permis de constater que le réseau possède une notion extensive de l'évaluation; la littérature qu'il nous a fait parvenir est très diversifiée. Nous avons aussi dépouillé la liste des subventions accordées au Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.) et au

Fonds de recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.) depuis cinq ans. Nous avons aussi consulté la liste des subventions accordées par le programme national de recherche et de développement en matière de santé (P.N.R.D.S.) entre 1980-1981 et 1986-1987. Le Centre de documentation du Ministère et plusieurs contacts personnels ont permis de compléter la documentation. Nous reviendrons sur le détail de la stratégie de cueillette d'information au fur et à mesure des besoins.

Limites du présent dossier

Nous ne prétendons aucunement à l'exhaustivité totale de notre recension des évaluations québécoises ou des revues de littérature faites par des québécois; nous croyons cependant être en mesure de présenter somme toute un tableau relativement complet de l'évaluation dans le domaine de la réadaptation des toxicomanies au Québec. Mais il est dans doute pensable qu'un certain nombre d'évaluations nous ait échappé malgré les multiples stratégies de documentation que nous avons mises de l'avant. Une mise en garde s'impose aussi quant aux limites inhérentes aux divers documents recensés; les descriptions des différentes évaluations sont directement dépendantes de la qualité des documents qui présentent les résultats de ces évaluations. Des documents présentant une quantité et une richesse de détails permettent de dresser un tableau plus fouillé et plus soigneux de l'évaluation en cause.

CHAPITRE 3
APERÇU DES PROGRAMMES OU ACTIVITÉS DE RÉADAPTATION AU QUÉBEC

Avant d'aborder comme tel le coeur du notre sujet, nous décrirons brièvement les activités, services et programmes de réadaptation en cours dans le réseau public; cette description vise à fournir un tableau des grandes lignes de la situation actuelle en réadaptation. Rares sont les documents ministériels procédant à une description un tant soit peu fouillée des divers programmes ou activités de réadaptation offerts par le réseau public au Québec. Il nous a donc semblé pertinent d'esquisser une description des différents services de réadaptation à la lumière de la documentation présentement disponible; celle-ci vise à mieux saisir où en est le Québec et à dégager ses particularités en regard des autres contextes de services. Quatre grandes sources d'information sont à la base de la présente section:

1) les **rapports statistiques** que les établissements font parvenir annuellement au Ministère. Les données sur les clientèles desservies (cf annexe 2) représentent ici des volumes de clients, plutôt que des personnes réelles; il est donc possible que ces statistiques comptabilisent plusieurs fois un même individu;

2) **deux documents non publiés** établissant un constat de situation, suite à une tournée de cueillette d'information du Ministère auprès des établissements du réseau public. Le premier de ces documents est réalisé en 1984 et concerne les centres de réadaptation en toxicomanie (C.R.T.); le deuxième document a été réalisé entre la fin de 1983 et le début de 1985 et porte sur les services de réadaptation en toxicomanie dispensés en centres hospitaliers

(C.H.S.C.D.). Les informations recueillies dans ces deux documents n'étaient pas analysées rigoureusement et de plus, ce matériel devient quelque peu désuet.

3) **une série de documents (3,5,20,27,34,44,46,69,70) réalisés au niveau local ou régional** avec l'objectif d'établir un état de situation des services dispensés dans le secteur de la réadaptation en toxicomanie, ou encore des études sur les besoins locaux de services en toxicomanie. Ces documents sont parfois d'une qualité méthodologique assez impressionnante;

4) **une enquête de Brochu, Boudreault et Belley** réalisée au Québec en 1986-1987, à partir d'un questionnaire élaboré en Ontario (7). Cette étude nous a été fort précieuse parce que fournissant le portrait le plus récent et le plus détaillé des services dispensés par le réseau québécois privé et public de réadaptation. Malheureusement, elle comporte certaines limites méthodologiques sérieuses: les formulations des questions sont quelquefois extrêmement confuses; cette caractéristique produit des difficultés de compréhension des réponses et rend douteuse la fidélité et la validité de certaines des informations recueillies.

Ces grandes sources d'information ont été complétées par le bottin des ressources* québécoises en toxicomanie (59) et aussi par un article de Rush et Brochu (60) établissant un parallèle entre les services ontariens et les services québécois de réadaptation en toxicomanie. Cet article fait suite à l'enquête précédemment mentionnée de même qu'à une enquête similaire réalisée au même moment en Ontario.

La fiabilité de certaines sources laisse parfois à désirer. Nous soulignerons au passage les faiblesses les plus importantes afin de rendre le lecteur conscient des limites méthodologiques de la description présentée. Celle-ci porte avant tout sur les services directs dispensés par le réseau public de réadapta-

---

* Pour le réseau de services dans ce secteur, ce terme réfère à l'idée d'organismes privés, à but lucratif ou sans but lucratif, et publics dispensant des services de réadaptation aux personnes ayant des problèmes d'alcoolisme ou autres toxicomanies.

tion en toxicomanie. Les centres privés ne sont pas tenus d'obtenir un permis du Ministère et fort peu de renseignements existent à leur sujet, si l'on excepte leur liste ainsi que les données d'enquête recueillies par Brochu. Certains services de réadaptation seraient offerts aux toxicomanes par des ressources non spécialisées en toxicomanie (46), oeuvrant dans des domaines connexes; ces services ne sont pas couverts par la présente description. Certains services indirects d'information, de sensibilisation et de collaboration avec d'autres groupes ou établissements sont dispensés par les établissements publics de réadaptation en toxicomanie; la description de ce type de services ne correspond pas à nos objectifs et ne sera donc pas abordé.

3.1 LES RESSOURCES PRIVÉES ET PUBLIQUES

Au Québec, le réseau public de services de réadaptation en toxicomanie comprend 12 C.R.T. et 17 centres hospitaliers. Des organismes privés et communautaires agissent aussi en ce domaine. Par ailleurs, 79 ressources ont participé à l'étude de Brochu (7), 46 d'entre elles étant privées et 33, publiques. Dans cette étude, les organismes communautaires qui offrent des services de réadaptation aux personnes toxicomanes, sont incluses dans la catégorie "ressources privées"; cette étude intègre trois centres privés qui ont des ententes de services avec le réseau public, de même qu'un centre privé conventionné (Le Portage), au sein de la catégorie "ressources publiques".

Les **ressources privées** ne sont pas financées à même les deniers publics, à l'exception des quatre centres que l'enquête de Brochu englobe dans les ressources publiques et pour lesquels une partie du financement provient du Ministère. Celui-ci n'exerce aucun contrôle sur les ressources privées qu'il ne finance pas et ne fournit aucune garantie de qualité minimale pour leurs services. Ces ressources offrent pour certains des services de réadaptation, pour d'autres uniquement des services d'accompagnement qui peuvent être vus comme une modalité légère de réadaptation ou encore comme un suivi. Certaines ressources privées exigent un montant forfaitaire pour leurs services, d'autres exigent une somme nominale ou variant en fonction des revenus des toxicomanes.

Il est à noter que la localisation géographique des ressources privées se concentrent dans les milieux à plus forte concentration urbaine, c'est-à-dire Québec et la grande région de Montréal (7, 59). L'enquête de Brochu et al. nous indique que les ressources privées utilisent plus souvent le traitement interne que les ressources publiques et qu'elles sont proportionnellement moins nombreuses à être pourvues de services externes; cela s'explique par le fait que leur clientèle provient souvent de l'extérieur de la région où l'établissement privé dispense ses services. Enfin, l'aspect financement peut aussi jouer sur la préférence quant à cette modalité de traitement.

Pour les services internes, la capacité totale du **réseau public** est de 555 places, soit 372 places de réadaptation en C.R.T., 119 places de réadaptation et 64 places de désintoxication en C.H.S.C.D. Ces places correspondent à la notion de "lits au permis" (nombre total de lits autorisés par le Ministère sur le permis d'un établissement). Les C.R.T. ont 60 points de services externes et les centres hospitaliers (C.H.) en ont 20; plusieurs points de services se situent dans les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.). En plus des contrats existants entre le réseau public et les C.L.S.C. pour les points de services, on remarque aussi des ententes avec des C.H., notamment pour la désintoxication, ou avec des établissements de détention.

3.2 LES SERVICES OFFERTS

Les établissements publics en toxicomanie offrent à la fois des **services internes et externes**. Selon les résultats de l'enquête Brochu et al., 78 % des ressources publiques offrent des services sur une base externe comparativement à 45,7 % des ressources privées; ce type de services atteint 11 875* personnes dans

---

* Les données sur la clientèle se rapportent à une période de 12 mois choisis par la ressource interviewée à l'intérieur de la période suivante: du 1er janvier 1985 au 31 mars 1987; les données ne se réfèrent pas toutes à une période identique, mais toutes portent sur 12 mois. Ces données incluent tous les clients, même ceux avec lesquels on ne passe qu'une entrevue. Deux questions restent toutefois en suspens: 1) Comptabilise-t-on l'entourage des bénéficiaires auquel on dispense des services à l'intérieur des données sur la clientèle ou n'inclut-on que les toxicomanes eux-mêmes? 2) S'agit-il de données portant véritablement sur un nombre de personnes différentes? Comptabilise-t-on une personne plusieurs fois si celle-ci revient en cours d'année demander des services de réadaptation? Ces chiffres nous permettent d'obtenir

les établissements publics et 4 500* personnes dans les ressources privées. Au sein de ces services externes, le traitement de jour (modalité intensive de traitement dispensé à l'externe) atteint 1 515* personnes dans les ressources privées et 1 200* dans les ressources publiques; une majorité des services dispensés à l'externe n'utilise donc pas le mode intensif. Quant au traitement à l'interne, 4 313* personnes auraient été admises à cette modalité de services au public et 5 185* personnes au privé (7).

Une comparaison avec les données des systèmes d'information existants sur la clientèle en 1986-1987 des établissements publics permet de préciser que ces établissements ont enregistrés 3 814** admissions dans les C.R.T. et 6 485** départs de bénéficiaires soignés à l'interne en C.H.S.C.D. (cf tableau 1 et 2 à l'annexe 2); cela fait donc un volume approximatif de 10 299** toxicomanes réadaptés à l'interne dans les établissements publics; le chiffre de Brochu est un peu plus élevé, mais cet écart est attribuable à la classification différente des quatre établissements privés que nous avons mentionnés précédemment.

Nous pouvons observer une transformation dans les services dispensés par les C.R.T.; une majorité d'entre eux privilégie de plus en plus les services externes: le tableau 1 à l'annexe 2 nous indique que le nombre de bénéficiaires réadaptés à l'externe entre 1985-1986 et 1988-1989 augmente de 50,2 %. Malheu-

---

à tout le moins un ordre de grandeur des clientèles dans les différents types de services; les enquêteurs considèrent ces informations sur le nombre de clients relativement crédibles.

* Les données sur la clientèle se rapportent à une période de 12 mois choisis par la ressource interviewée à l'intérieur de la période suivante: du 1er janvier 1985 au 31 mars 1987; les données ne se réfèrent pas toutes à une période identique, mais toutes portent sur 12 mois. Ces données incluent tous les clients, même ceux avec lesquels on ne passe qu'une entrevue. Deux questions restent toutefois en suspens: 1) Comptabilise-t-on l'entourage des bénéficiaires auquel on dispense des services à l'intérieur des données sur la clientèle ou n'inclut-on que les toxicomanes eux-mêmes? 2) S'agit-il de données portant véritablement sur un nombre de personnes différentes? Comptabilise-t-on une personne plusieurs fois si celle-ci revient en cours d'année demander des services de réadaptation? Ces chiffres nous permettent d'obtenir à tout le moins un ordre de grandeur des clientèles dans les différents types de services; les enquêteurs considèrent ces informations sur le nombre de clients relativement crédibles.

** SOURCE: Rapports statistiques des établissements du réseau.

reusement, aucune donnée sur les bénéficiaires réadaptés sur une base externe n'existe dans les unités de toxicomanie des C.H.S.C.D., on ne peut alors savoir si un phénomène similaire est observable dans ce type d'établissement.

À l'intérieur de cette grande classification - services internes versus services externes - des distinctions plus subtiles existent. **À l'interne**, différents programmes sont définis par les établissements et leur durée varie généralement entre une et six semaines; un programme de communauté thérapeutique atteint quant à lui 18 mois. À l'externe, on observe des traitements intensifs, de jour ou de soir, et des traitements extensifs à moyen et à long terme. Toutes ces modalités semblent procéder selon un même modèle de séquence d'intervention: accueil, évaluation, orientation, réadaptation, suivi. L'appellation de ces différents programmes varie selon les établissements. Il n'existe pas encore de nomenclature unifiée des divers programmes offerts par les ressources en toxicomanie, et ce même à l'intérieur du réseau public. Selon les deux documents internes consultés ainsi que l'étude réalisée par Brochu, une même désignation peut englober deux types différents d'activités selon les établissements, ou encore des termes différents désignent une réalité quasi identique.

Méthodes et approches thérapeutiques

Une grande similitude dans les **méthodes thérapeutiques** est observable dans l'ensemble des établissements publics et privés. La thérapie individuelle est une méthode utilisée par presque tous les établissements (7, 59)*. L'enquête de Brochu et al. précise que 91 % des ressources interrogées l'utilisent "toujours". Une autre étude réalisée dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, nous informe même que les thérapeutes consacrent 45 % de leur temps d'intervention à des psychothérapies individuelles. L'étude de Brochu ajoute qu'un grand nombre de ressources utilisent aussi d'autres méthodes thérapeutiques: la thérapie de groupe, l'information sur les drogues et l'alcool et les groupes d'entraide sont "toujours" utilisés par respectivement 82 %, 84 % et 72 % des res-

---

* Document interne sur les centres d'accueil de réadaptation en toxicomanie (données recueillies en 1984) non publié.
Document interne sur les services en toxicomanie dispensés en centres hospitaliers (données recueillies entre la fin de 1983 et le début de 1985), non publié.

sources interrogées; le lexique (annexe 4) présente les définitions apportées par Brochu dans son enquête. Ces trois méthodes thérapeutiques seraient même encore plus utilisées par les ressources privées (le pourcentage de réponses "toujours" y est plus élevé).

D'autres méthodes thérapeutiques sont utilisées, mais plus épisodiquement selon les résultats de Brochu et al.: la thérapie familiale ou du couple est "toujours" utilisée par seulement 20 % des ressources; 30 % des ressources privées n'y recourent jamais et les ressources publiques sont nettement plus nombreuses à y recourir occasionnellement. Dans les C.H.S.C.D., cette méthode thérapeutique est encore peu répandue. Les auteurs de cette enquête ajoutent que d'autres méthodes thérapeutiques sont aussi mentionnées par les répondants: celles-ci sont des thérapies spécifiques (mentionnées par 36,7 % répondants), des activités visant le bien-être général (25,3 % les mentionnent) et des discussions de groupe non structurées (par 20,3 % des répondants). Un examen soigneux de cette enquête permet d'établir que les thérapies spécifiques recoupent en fait les approches thérapeutiques et que les activités visant le bien-être regroupe les activités de relaxation, de conditonnement physique, de loisirs et de saine alimentation.

Les **approches thérapeutiques** mentionnées par Brochu (7) ou par le bottin des ressources (59) sont très diversifiées: behaviorale, psychosociale, psychothérapie de la réalité, mode de vie Alcooliques Anonymes (A.A.), gestalt, transactionnelle, pharmacothérapie, thérapie par le corps, les arts ou les loisirs, etc., et toutes les combinaisons possibles. Dans les C.R.T., l'approche systémique et l'approche psychosociale sont largement utilisées alors que la pharmacothérapie et l'approche médico-sanitaire ne le sont pratiquement pas. Dans les unités de toxicomanie des C.H.S.C.D. ces deux dernières approches sont un peu plus utilisées, en combinaison avec l'approche psychosociale ou l'approche systémique.

L'intervention se particularise aussi en fonction des spécificités régionales ou de celles du type de réseau fréquenté. Par exemple, les intervenants bénévoles sont beaucoup plus présents dans le réseau privé que dans le réseau public d'après l'enquête de Brochu; il faut cependant prendre en considération que le

réseau privé, tel que défini par cette enquête, regroupe les organismes communautaires qui fonctionnent principalement sur une base de bénévolat. L'enquête de Brochu ne demande pas de précision sur le rôle exact de ces bénévoles par rapport au processus de réadaptation: sont-ils présents pour assurer les services complémentaires ou un suivi post-cure ou participent-ils au traitement? Dans quelques régions, le réseau public semble majoritairement médical. Ainsi, 60 % des intervenants de la région de Québec (25) serait du personnel médical (médecin ou infirmière); ce document regroupe toutefois dans un ensemble indifférencié les intervenants liés aux étapes de désintoxication et de réadaptation.

Étapes du processus de réadaptation

La **désintoxication** peut être considérée comme une étape à l'intérieur d'un cheminement de réadaptation. Mais elle se situe parfois de façon vraiment indépendante et autonome. Une certaine ambiguïté est à noter à cet égard. Les deux conceptions sont plausibles et justifiables car elles se réfèrent à deux types de situations différentes: celle où une désintoxication médicale est nécessaire - ce qui devrait quand même être le cas d'une minorité de toxicomanes (1) - et celle où ce type de désintoxication n'est pas essentielle. De fait, la désintoxication, médicale ou pas, est parfois un préalable à la réadaptation et il ne s'agit aucunement d'une étape autonome et suffisante en soi. Théoriquement, cette étape devrait être reliée et intégrée à une réadaptation.

Dans une majorité des cas, les désintoxications médicales majeures sont effectuées en C.H.S.C.D. Les autres types de désintoxication, c'est-à-dire celles qui sont non-médicales, peuvent se faire un peu partout dans les ressources tant privées que publiques, mais elles ne sont pas recensées par les documents consultés. Ces types de désintoxication existent sans doute, mais ne sont pas encadrés institutionnellement. Comme la désintoxication ne se fait pas nécessairement au même endroit que la réadaptation, il serait d'autant plus important que les liens interétablissements et interprofessionnels soient adéquats car ces liens sont déterminants pour les références et les suivis des clients; nous n'avons en main aucune information sur l'articulation entre ces deux étapes du processus de réadaptation.

À la suite d'une demande de services, le **délai d'attente** moyen observé par Brochu et al. est de 9 à 10 jours avant la rencontre initiale à un traitement de réadaptation et de 12 à 13 jours supplémentaires avant le début du traitement. Ces délais sont légèrement plus longs au privé qu'au public.

D'après l'enquête de Brochu et al., l'**évaluation cliniques des clients** dans le réseau spécialisé en toxicomanie est faite de façon systématique par les ressources en toxicomanie:

> "...il est permis de croire que 61 % des ressources privées de même que 97 % des ressources publiques utilisent systématiquement des méthodes pour évaluer leur clientèle..." (7).

Pour la majorité des ressources, cette évaluation clinique est réalisée à l'aide d'une entrevue non structurée, ou encore structurée selon un schéma fourni par l'établissement. Il ne faut donc pas en conclure qu'une évaluation systématique entraîne l'utilisation de tests standardisés. En effet, l'utilisation de tests structurés sur l'abus des toxiques, ou de tests psychologiques ou d'intérêt professionnel est le fait d'une minorité d'établissements.

Une étude réalisée dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean (46) mentionne que **l'évaluation individuelle et l'orientation** est un service offert par 42 des 51 ressources contactées pour des fins de description des services offerts dans leur région; dix-sept des ressources offrant des services d'évaluation individuelle et d'orientation des toxicomanes provenaient du réseau de la Justice, trois du réseau de l'Éducation, huit du réseau de la Santé et des Services sociaux. Une majorité de ces intervenants mentionnaient l'insuffisance de leur formation et le manque d'outils disponibles pour l'évaluation individuelle des personnes toxicomanes; de plus, ils avouaient mal connaître l'ensemble des ressources disponibles de leur milieu dans ce domaine. L'auteure remarque de plus que la perception des intervenants sur l'usage des drogues et sur le caractère licite ou illicite de celles-ci semble influencer grandement les évaluations individuelles réalisées.

Le **suivi** est une étape du cheminement thérapeutique qui se fait très souvent par le biais de groupes d'entraide, d'entrevues individuelles, d'activités de groupe, de services d'accompagnement, de parrainage, d'activités sociales organisées par les anciens. Les groupes de bénévoles sont fortement impliqués dans cette étape qui constitue une suite aux services complémentaires qu'ils dispensaient parallèlement au traitement de réadaptation.

D'après l'enquête de Brochu et al, les services identifiés comme étant sous-développés sont les suivants: le traitement, 22 mentions sur les 79 répondants dans 7 régions (plus particulièrement Montréal, Montérégie et Trois-Rivières); l'hébergement, 20 mentions dans six régions (plus particulièrement Québec et Montréal); la collaboration, 15 mentions dans six régions; la désintoxication, 14 mentions dans sept régions; la prévention, 10 mentions dans six régions. Plusieurs documents des C.R.S.S.S. (3,20,21,23,24,26,27,46) mentionnent le manque de ressources intermédiaires tels les foyers de groupe, les maisons de dégrisement, les lieux pour le dépannage en cas d'urgence ou de crise.

3.3 LA CLIENTÈLE DESSERVIE

Plusieurs sources (3,6,7,27*) signalent des problèmes de données manquantes ou d'une certaine variabilité dans les **informations recueillies sur la clientèle**, ceux-ci devenant plus aigus dans les services externes. Les auteurs de l'étude Brochu et al. signalent aussi ce problème:

> "En outre, les systèmes de dossiers et de classement, ainsi que les banques de données utilisées par les centres de réadaptation sont construits de façon diversifiées et ne permettent pas toujours de répondre avec exactitude aux questions standardisées" (7, p. 10).

Cet état de situation les a obligés à procéder à certaines adaptations dans leur enquête. Le pourcentage de répondants qui utilisaient leurs dossiers pour répondre à leurs interrogations, variait de 50 à 67 % selon les catégories documentées. Selon eux, les données sur le suivi seraient fortement estimées puisqu'aucune statistique n'existe sur ce type de services. Les doubles dépendances

---

* Les deux documents internes déjà cités.

et la polytoxicomanie posent aussi un problème, soit de catégorisation des clientèles desservies, soit dans l'évaluation initiale elle-même. À vrai dire, on ne possède pas de données fiables, au niveau provincial, sur les types de dépendance des clientèles réadaptées dans les établissements publics ou privés. Finalement, les auteurs de l'enquête Brochu et al. avouent que "Plusieurs ressources ne recueillent qu'un minimum de statistiques" (7). Il faut donc rester très prudent pour toutes les données sur les clientèles desservies.

Le sexe

Les femmes représentent 22,7 % de la clientèle des ressources privées et 25,8 % de la clientèle des ressources publiques selon l'enquête de Brochu. D'après les données du Ministère, la représentativité de ce groupe a évolué à la hausse ces dernières années. Cinq mille deux cent soixante-seize (5 276) femmes ont reçu des services (internes et externes) dans les centres de réadaptation en 1988-1989 comparativement à 10 545 hommes (Tableau 1 à l'annexe 2); dans les services internes des C.H.S.C.D., on comptabilise 1 724 femmes et 4 986 hommes en 1988-1989 (Tableau 2 à l'annexe 2). Entre 1986-1987 et 1988-1989, les femmes toxicomanes qui sont réadaptées dans les services internes des centres hospitaliers augmentent à un rythme légèrement plus rapide (6,35 %) que celui des hommes (2,5 %); ces derniers demeurent cependant en majorité. Pour l'ensemble des services dans les C.R.T., le nombre de femmes augmente plus rapidement, entre 1985-1986 et 1988-1989, que celui des hommes.

Les femmes se retrouvent proportionnellement plus souvent du côté des services externes où elles représentent 36,9 % de l'ensemble de la clientèle en 1988-1989 que du côté des services internes où elles ne représentent que 32,5 %. En examinant ce tableau, on constate que la clientèle masculine diminue légèrement (-7,8 %) entre 1985-1986 et 1988-1989 dans les services internes tandis que la clientèle féminine augmente de 96,1 %; la baisse chez les hommes pourrait être attribuable à un transfert vers des services externes, la clientèle masculine y va en augmentant de 105,7 % au cours de cette même période.

L'Age

Selon Brochu et al., les ressources publiques réadaptent une clientèle plus âgée que les ressources privées; il faut rester prudent car cette clientèle a évolué

très rapidement ces dernières années. D'après les données recueillies par cette étude, les deux groupes d'âge où les ressources publiques ont une proportion plus élevée de clients que les ressources privées sont les 40-64 ans (33,7 % des clients du public comparativement à 24,2 % des clients du privé) et les 65 ans ou plus. Les ressources privées réadaptent plus de jeunes: 3,9 % de leur clientèle comparativement à 1,5 % au public dans le groupe des moins de 18 ans et 21,6 % de leurs clients comparativement à 16,5 % dans le réseau public pour les 18-24 ans. Dans ces deux réseaux, le groupe des 25-39 ans constitue le groupe dont le nombre est le plus important.

Autres caractéristiques

Selon l'enquête de Brochu et al., 61 % de l'ensemble de la clientèle réadaptée est **sans emploi** et cette tendance est légèrement plus accentuée dans les ressources publiques (63,7 %).

Toujours d'après cette même source, une proportion substantielle de clients a déjà reçu un **traitement antérieur**: 53,6 % des clients des ressources privées et 43,2 % des clients qui se présentent dans les ressources publiques. Par traitement antérieur, on comprend toute forme d'aide quelle qu'elle soit, y compris celle de groupes d'entraide ou de groupes anonymes.

Une minorité de ressources se spécialise dans un type de clientèle spécifique. Quand elles le font, les clientèles privilégiées sont les adultes, ou les hommes, ou les alcooliques. Un seul programme superspécialisé existe; il s'agit du programme de soutien à la méthadone qui s'adresse aux héroïnomanes; ce programme dessert au-delà d'une centaine de clients et possède une liste d'attente. Plusieurs ressources refusent la clientèle de moins de 18 ans et la dirigent vers une clinique d'adolescents ou une autre ressource spécialisée dans les problèmes d'adolescents, non par manque d'intérêt, mais plutôt par manque de ressources adéquates pour dispenser des services appropriés . **Pour ces adolescents, il existe peu de services spécifiques de réadaptation en toxicomanie.** Il existe rarement aussi des programmes spécifiques pour les personnes âgées et peu de ressources offrent un programme particulier pour les femmes. D'après les informations recueillies par Brochu et al., des lacunes dans les services dis-

pensés à certains groupes cibles sont identifiées (7): les jeunes de moins de 18 ans (mentionné par 37 des 79 répondants en provenance de 10 régions différentes), puis les femmes (11 répondants de 8 régions). Les documents provenant des conseils régionaux (3,20-27) et décrivant notamment les services actuels de réadaptation, confirment ces lacunes; certaines régions ajoutent de plus une insuffisance dans les services pour les personnes âgées toxicomanes.

3.4 LA CONCEPTION DE LA TOXICOMANIE ET LES OBJECTIFS VISÉS PAR LES SERVICES DE RÉADAPTATION

Les diverses ressources en réadaptation ne partagent pas de définition uniforme, ni d'explication unique de la toxicomanie. **La conception** la plus courante est la suivante: la toxicomanie résulterait d'un ensemble de différents facteurs bio-psycho-sociaux-économiques. Cette conception entraîne certains grands principes dans l'intervention, qui sont les suivants:

- une approche globale de l'individu;
- une adaptation personnalisée de l'intervention pour chaque individu;
- une réorganisation du client sur le plan social et personnel (dimension autonomie, stress, estime de soi,...);
- un apprentissage de nouveaux comportements, de nouveaux modes de vie, de nouvelles façons de composer avec les problèmes.

L'objectif de traitement peut varier selon l'optique des établissements. L'abstinence est souvent une condition préalable à l'acceptation à un traitement de réadaptation. Plusieurs établissements en font même un objectif important du traitement aux personnes ayant un problème de consommation de psychotropes. D'ailleurs, en réponse à une question de l'enquête Brochu et al., les deux tiers des répondants jugent qu'un objectif de traitement ne visant pas l'abstinence complète est inacceptable pour tout client ayant un problème de consommation. Mais l'abstinence ne constitue pas le seul objectif et il est plus exact de spécifier que la modification dans la façon de vivre et le contrôle de la consommation constituent généralement les objectifs ultimes du processus de réadaptation.

Les indicateurs d'atteinte de résultats d'un traitement que les intervenants se déterminent sont fonction de la conception de la toxicomanie et des objectifs plus précis qu'on désire atteindre dans les traitements. Plusieurs intervenants n'acceptent que le critère de sobriété des toxicomanes comme critère de succès d'un traitement; c'est en tous cas le plus facile à vérifier. D'autres examinent en plus l'assiduité au suivi, ou encore les changements de personnalité, ou les modifications dans les habitudes de vie personnelle ou sociale.

3.5 LES PARTICULARITÉS DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS

Trois sources d'information permettent d'établir les grandes particularités du réseau québécois de réadaptation en toxicomanie: 1) l'étude de Brochu, Boudreault et Belley (7) qui compare le réseau québécois aux tendances récentes dans les services similaires en Amérique du Nord; 2) une analyse réalisée par Rush et Brochu (66) qui confronte les résultats québécois et ontariens provenant de cueillettes effectuées simultanément à partir du même questionnaire; 3) une présentation du plan d'action (61) auquel se réfère la province de l'Ontario dans le développement des services aux personnes ayant un problème d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies.

Dans les autres provinces du **Canada et aux États-Unis**, les services de réadaptation cherchent de plus en plus à se spécialiser pour mieux répondre aux besoins particuliers des différentes clientèles. À cette fin, des méthodes standardisées servant à l'évaluation clinique des clients sont utilisées pour mieux cerner les particularismes dans les problèmes d'abus de psychotropes et autres aspects reliés à la personnalité des toxicomanes ou à leur intégration sociale. Ces **tests standardisés** sont des instruments dont la fiabilité (fidélité et validité) est connue et assurée; ils servent à documenter les dossiers de chacun des toxicomanes de façon à faciliter les appariements, c'est-à-dire associer un bénéficiaire selon ses caractéristiques personnelles et cliniques avec un programme particulier ou une combinaison d'activités de réadaptation. Cette documentation de chacun des cas permet par la suite une analyse de l'efficacité des appariements effectués; cette analyse qui prend la forme de recherche évaluative fournit une rétro-information utile pour l'amélioration dans la façon même d'effectuer des appariements. De façon plus particulière, l'Ontario a mis sur pied,

au cours des années 1980, 25 centres spécialisés dans l'évaluation clinique de la clientèle et la référence afin de

> "...increasing the efficiency and effectiveness of the overal treatment network by providing a **better match between the client's needs and available resources**" (66, p.7).

La province de l'Ontario a aussi mis en place au cours des années '70, 19 centres de désintoxication "to provide detoxification in a non-medical, social setting" et afin de mieux répondre aux besoins locaux (61).

D'après nos sources, la comparaison des services de réadaptation ontariens et québécois permet de visualiser que, globalement, la capacité de ces deux réseaux de services est semblable; l'indicateur fourni par Rush et Brochu (ratio du personnel de réadaptation équivalent temps plein sur la population) est de 12,2 pour le Québec et de 13,6 pour l'Ontario par tranche de 100 000 de population. Toutefois, ces deux réseaux de services sont organisés de façon très différente. Rush et Brochu (66) repèrent par leur analyse certaines particularités du Québec:

- Une plus grande présence de ressources privées au Québec, comparativement à l'Ontario où elles sont pratiquement inexistantes.

- Un moins grand nombre de lits pour la désintoxication au Québec (1,2 versus 4,9 en Ontario par 100 000 habitants) étant donné la présence en Ontario d'un réseau de services spécialisés en désintoxication non-médicale.

- Une utilisation différente des diverses modalités de traitement, le Québec utilisant plus les services externes (320 cas versus 195 cas par 100 000 habitants en Ontario), plus de traitements de jour (53,1 versus 41,1 cas par 100 000 habitants en Ontario), plus de programmes résidentiels internes de courte durée (21-28 jours) (148,8 cas versus 86,8 cas par 100 000 habitants en Ontario); l'Ontario utilisent quand à elle plus les services résidentiels internes de longue durée (58,5 cas versus 36,9 cas par 100 000 habitant pour le Québec).

- L'utilisation plus grande par les ressources ontariennes (48 %) de tests structurés sur les abus d'alcool et de drogues comparativement au Québec (36 % des ressources-établissements utilisent ce type de tests).

Il faut rester prudent sur les chiffres donnés par ces auteurs (66) concernant les nombres de cas par modalité de service; en effet, certains établissements n'ont pas de système d'information-clientèle et de plus, des bénéficiaires pourraient être comptabilisés plusieurs fois parce que fréquentant plusieurs ressources au cours de l'année.

Le **réseau québécois de réadaptation en toxicomanie**, n'apparait pas vraiment offrir des réponses particularisées aux besoins différenciés des toxicomanes. Dans l'enquête de Brochu et al., la grande majorité des établissements interrogés affirment être capables de répondre à toute la gamme de besoins des clients qui les consultent ou qui leur sont recommandés pour traitement. Pourtant, nous observons très peu de programmes spécialisés s'adressant à des clientèles spécifiques et là où ils existent, ces programmes semblent se concentrer sur les clients les mieux desservis du réseau, en l'occurrence les adultes masculins et alcooliques. Il y a aussi très peu de références inter ressources (2,7,18,20).

Au Québec, l'évaluation des clients est faite de façon systématique (dixit Brochu), mais avec des instruments-maison, principalement des entrevues structurées ou non structurées; les tests standardisés sont peu utilisés. Pour effectuer des analyses concernant l'efficacité des interventions sur les toxicomanes, il est nécessaire de documenter ce que l'on fait de façon rigoureuse et standardisée, même à l'intérieur d'un seul établissement; quelques établissements ont d'ailleurs commencé à standardiser l'évaluation clinique des toxicomanes à l'intérieur de leur établissement. Mais pour le moment, dégager le portrait clinique de la clientèle n'est pas une opération habituelle des établissements. Il n'est guère possible dans cette situation d'effectuer des comparaisons interétablissements relativement aux caractéristiques des clientèles. De telles comparaisons restent encore largement malaisées, complexes et quelque peu arbitraires, surtout qu'aucune standardisation régionale ou provinciale des données recueillies par chacun des établissements n'a été réalisée. Il n'est donc pas possible de dresser un portrait d'ensemble de la clientèle qui consulte pour régler des problèmes de toxicomanie et de suivre l'évolution de cette clientèle.

CHAPITRE 4
LES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES EN RÉADAPTATION

Nous avons repéré une quinzaine d'évaluations québécoises portant sur le traitement lui-même ou sur des activités ou services de réadaptation en toxicomanie. Nous voulons ici dresser un portrait des grandes caractéristiques de l'ensemble de ces évaluations. Nous traiterons successivement des différents types d'évaluation présents dans cet ensemble et de leur méthodologie, des questionnements auxquels ces évaluations ont cherché à répondre, des indicateurs les plus généralement utilisés dans ces études ainsi que des résultats les plus intéressants auxquels elles ont abouti. Ce portrait d'ensemble des évaluations québécoises est établi à partir d'une description plus approfondie de chacune des évaluations selon un certain nombre de grandes dimensions et le matériel descriptif est présenté sous forme schématique en annexe (annexe 3). Les dimensions touchées dans les tableaux de l'annexe sont les suivantes: 1) les objectifs visés, 2) les hypothèses de recherches quand il y en a et les dimensions ou les grands indicateurs documentés, 3) certaines précisions méthodologiques majeures, 4) les résultats les plus importants auxquels ont abouti ces évaluations, 5) des recommandations formelles ou de potentiels ajustements diagnostiqués grâce aux résultats de l'évaluation et 6) un parallèle avec les résultats les plus usuels rapportés par la littérature évaluative dans ce domaine. Avant d'amorcer une description des évaluations québécoises, nous présentons une brève rétrospective permettant de situer ce matériel en continuité avec la recherche antérieure.

4.1 RÉTROSPECTIVE DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE EN TOXICOMANIE

Une recension des recherches en toxicomanie par Labrie et Tremblay (37) entre 1960 et 1977 permet de réaliser à quel point l'Office de prévention et de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies (Optat) a su susciter la ré-

flexion en créant une dynamique de recherche proprement québécoise. Cette recension fait référence à des études étiologiques, épidémiologiques, des études psycho-socio-culturelles sur l'alcoolisme, ainsi qu'à des études sur la prévention et le traitement. Déjà à cette époque (1977), les auteurs recensent des études évaluatives. Leur recension permet l'identification de lacunes importantes au niveau de certains champs de recherche.

Trois des études évaluatives recensées portent directement sur le traitement: une recherche de Bernard (1969) sur un échantillon d'alcooliques traités au Québec visait à apprécier l'efficacité de l'effort thérapeutique; une recherche de Simard (1970) portait sur l'efficacité des traitements d'après cinq indices de réhabilitation; une recherche de St-Laurent-Simard (1973) évaluait les changements psychologiques survenus dans une population d'alcooliques, un an après la fin du traitement en clinique interne. Quatre études évaluatives concernaient l'expérimentation de formes de thérapies de groupe (Laviolette, Laflamme et collaborateurs, Marcoux, Jacob); d'autres études analysaient le traitement en milieu externe (Aubertin), les séances pour les épouses d'alcooliques (Arès), les attitudes des travailleurs sociaux vis-à-vis le traitement d'alcoolique (Lavigne & Ouellette).

Ces auteurs suggéraient même des pistes pour d'autres recherches évaluatives: l'utilité et l'efficacité de différents types de soutien en période de postcure, l'efficacité de diverses techniques thérapeutiques en relation avec différents objectifs visés, et des études évaluatives du traitement englobant les variables suivantes: ressources professionnelles disponibles, techniques thérapeutiques, motivation du client et conditions de réinsertion. Ces pistes demeurent aujourd'hui quasi-inexplorées.

À la suite du démantèlement de l'Optat en 1975 et à l'intégration de cet organisme au sein du ministère des Affaires sociales, on constate un vide de recherches pendant quelques années. Présentement, une forme de renaissance s'amorce. Des chercheurs s'intéressent à ce domaine (7), mais ils sont fort peu nombreux.

4.2 TYPES D'ÉVALUATION ET CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES

Parmi l'ensemble de 16 études portant sur des activités de réadaptation, on ne remarque que trois **évaluations maison**: l'évaluation de la M.R.C. Pabok (18), une évaluation réalisée au C.H.S.C.D. Saint-François d'Assise (45) et une étude du Centre N.A. Labrie (35). Ces évaluations se caractérisent toutes trois par des dimensions méthodologiques relativement modestes. Deux d'entre elles (18, 45) ne visaient aucunement à réaliser des études mais cherchaient plus simplement à procéder à un bilan des services offerts aux toxicomanes en réadaptation. Ces deux évaluations tentent d'expliquer ce qu'est exactement le programme en cause, le type de services offerts et la clientèle à qui on a dispensé ces services. Plus ambitieux, le projet d'évaluation du Centre N.A. Labrie vise à mesurer l'efficacité de ses services externes; on a alors procédé à l'analyse des dossiers des bénéficiaires et à une brève entrevue téléphonique (trois questions) auprès de 155 répondants.

Pour les autres évaluations, réalisées par des personnes externes aux établissements en question, une majorité d'entre elles s'avèrent en fait des **recherches évaluatives** dont la plupart sont de type hypothético-déductif. Dans plusieurs cas, la méthodologie de ces études s'avère même assez sophistiquée. Six d'entre elles procèdent selon un schéma expérimental ou quasi-expérimental: Pavillon Jellinek (12,13,17), Pavillon Foster (67), Centre Préfontaine-Maison l'Écluse (64), l'étude Cormier, Landry Brochu, Strobel (29), l'étude Brochu, Cormier, Proulx, Strobel (10) et l'étude de Boivin, Laforge et Hardy (4). Certaines de ces recherches analysent les différences entre des mesures avant le traitement et après le traitement: Pavillon Jellinek (12,13,17) et l'étude Tricon-ther-alc (38, 16). D'autres basent leur analyse sur une vision rétrospective du traitement: Centre Le Portage (71), l'étude de Dongier à Sainte-Anne-des-Monts (30,31), Centre Préfontaine-Maison L'Écluse (64) et Centre Domrémy-Montréal (6,8,15,16,33,39,40,68). Le matériel de type qualitatif est très peu utilisé dans l'ensemble des évaluations que nous avons en main; seule l'étude faite dans la Montérégie (33) utilise essentiellement ce type de matériel. Enfin, on remarque qu'une forte proportion des études que nous avons repérées s'inspire d'un schéma théorique relevant de la psychologie ou de la psychologie sociale et que les autres disciplines des sciences sociales ont été moins représentées par des recherches sur ce sujet au cours des dernières années.

On note au passage la présence de **difficultés inhérentes à la recherche dans ce secteur**. Par exemple, les recherches sur les itinérants doivent recourir à des méthodes innovatrices à cause des contraintes propres à cette clientèle. Par ailleurs, les taux de bénéficiaires ou d'ex-bénéficiaires qui ont été touchés par relance nous font réaliser qu'il peut être difficile d'atteindre l'ensemble des bénéficiaires visés. Pourtant, cette difficulté limite considérablement l'analyse des résultats et peut compromettre la validité méthodologique de la recherche en cause et devient par ce fait un obstacle essentiel à surmonter. D'autres sources d'invalidité potentielle dans ce type de recherche évaluative résident dans les définitions des variables et les mesures utilisées: définition trop restrictive ou peu nuancée du succès ou de l'insuccès d'un traitement, absence de fidélité des mesures utilisées,... Ces difficultés méthodologiques n'ont pas toujours été clairement résolues par les évaluations québécoises.

4.3 QUESTIONNEMENTS MAJEURS AUXQUELS ONT TENTÉ DE RÉPONDRE LES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES

La question majeure à laquelle essaie de répondre une majorité des évaluations repérées concerne **les effets du traitement en réadaptation**. Cette question s'articule toutefois de différentes manières selon les diverses évaluations.

Certaines recherches évaluatives définissent ces effets d'une façon plutôt restreinte, par exemple l'étude Cormier, Brochu, Landry et Strobel (29) examine l'effet d'un traitement interne sur l'anxiété des bénéficiaires; l'étude de Brochu, Proulx, Cormier et Strobel analyse l'effet d'un tel traitement sur leur "sens des responsabilités sur sa vie (locus of control)". L'étude réalisée au Centre Le Portage (71) élargit l'analyse aux effets d'un type de traitement - en l'occurrence la communauté thérapeutique - aux changements constatés rétrospectivement quant aux comportements (psycho-pathologiques, dépressifs, suicidaires et auto-destructeurs) des bénéficiaires à différents moments au cours de leur thérapie; ce type de comportements diminue-t-il chez les bénéficiaires ayant une plus longue période de traitement? L'étude réalisée au Pavillon Foster (67) tente de déterminer l'effet d'un aspect du traitement interne - la participation à un programme intensif d'exercices aérobiques - sur l'amélioration de l'abstinence des bénéficiaires, celle-ci étant considérée comme le critère de succès du traitement.

Dans certaines évaluations, l'étude des effets devient une **analyse de l'efficacité**. Deux études faites à l'occasion de l'opération de planification stratégique, portent sur des aspects spécifiques qui sont habituellement utilisés au sein d'un ensemble plus large d'indicateurs de l'efficacité d'un épisode de traitement: l'attrition (68) et la satisfaction des bénéficiaires (40). L'attrition est définie ici selon la fréquence et la longévité des services de consultation. Pour les services dispensés à l'interne, on examine les services reçus pendant les séjours, de même que six mois avant et après ces séjours; à l'externe, on examine les services reçus au cours des six mois suivant leur inscription à ces services. Cette étude est intéressante par sa description des cheminements les plus typiques des bénéficiaires à l'interne et à l'externe; cette connaissance devrait permettre de mieux pondérer l'utilisation de ce critère comme indicateur de succès d'un traitement. L'étude sur la **satisfaction** a été effectuée tant auprès des bénéficiaires des différents programmes de l'interne que des bénéficiaires des différents secteurs de l'externe.

Les autres recherches évaluatives touchant d'une façon ou d'une autre à l'efficacité sont celles qui portent sur la Maison l'Invitée (48, 49), celles qui ont été effectuées à Sainte-Anne-des-Monts (29,30), à Jellinek (10,11,15), au Centre N.A. Labrie (35) ou au Centre de réadaptation de la Montérégie (33), l'étude de "Tri-con-ther-alc" (38) et l'étude de Boivin, Laforge et Hardy (4). Ces recherches tentent jusqu'à un certain point à déterminer l'efficacité d'ensemble d'un traitement ou d'une modalité de traitement. La recherche évaluative sur la Maison L'Invitée du Centre Préfontaine examine l'effet d'un séjour à ce centre sur la clientèle des **itinérantes**. Comme cet effet est défini directement par rapport aux objectifs visés par ce centre pour cette clientèle, il est alors possible de parler jusqu'à un certain point de l'efficacité d'un séjour à ce centre sur différents aspects de la vie des itinérantes. Avec l'aide d'observateurs-clés appliquant une grille de cotation, on qualifie globalement la direction (positif = amélioration, neutre, négatif = détérioration) des changements observés chez les itinérantes.

Les autres recherches sur l'efficacité tentent d'analyser prioritairement **l'efficacité d'un traitement soit interne, soit externe, soit de ces deux types**. À Sainte-Anne-des-Monts, la recherche a pour principal objectif de connaître

l'efficacité du traitement interne de trois semaines du Centre L'Escale et l'effet de ce traitement dans le temps. Au Pavillon Jellinek, elle cherche à analyser le degré de succès ou d'insuccès des interventions dispensées soit à l'interne, soit à l'externe et à cerner les facteurs associés à ce succès. L'étude de "Tri-con-ther-alc" a pour objectif général d'évaluer les services de trois contextes typiques (un centre privé, un centre d'accueil public et un département d'hôpital) en fonction de critères d'accessibilité et d'efficacité. La recherche du Centre N.A. Labrie veut mesurer le degré d'efficacité de ses services externes en tentant de connaître le pourcentage des bénéficiaires ayant résolu leurs problèmes de toxicomanie. Au Centre de réadaptation de la Montérégie où l'on dispense essentiellement des services externes, on a cherché à déterminer le taux de récidive de la clientèle de plus de 17 ans et les caractéristiques des clients récidivistes; la récidive est définie comme une reprise de la consommation et est souvent considérée comme un critère d'insuccès du traitement.

Deux recherches portent sur **l'impact d'un programme**. Une première recherche (64) examine l'impact d'un programme de suivi communautaire sur les bénéficiaires de la Maison L'Écluse de Préfontaine; différentes dimensions du comportement des bénéficiaires itinérants sont analysées. La deuxième recherche explore l'impact de l'implantation de la Maison l'Invitée pour les toxicomanes itinérantes sur les services de l'urgence de l'Hôpital Saint-Luc (53) et les effets de ce nouveau programme sur les comportements d'utilisation des services par les itinérantes.

4.4 INDICATEURS UTILISÉS PAR LES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES

La présence de différents critères permettant de juger du succès ou non d'une intervention est un premier point que l'on relève lorsqu'on considère l'ensemble des recherches évaluatives et des évaluations sur les effets du traitement. Cette absence d'uniformité dans la manière de définir l'efficacité des traitements semble s'expliquer par différents facteurs: les caractéristiques hétérogènes des clientèles, des particularismes dans les objectifs visés par les centres, un choix différent dans les dimensions examinées (donc une différence de définition) ou encore une opérationnalisation différente d'une même dimension.

Ces particularismes rendent pratiquement impossible toute comparaison entre les résultats des recherches québécoises.

L'abstinence est l'un des premiers critères examinés. On le considère parfois comme un critère assuré de réussite. Toutefois, la majorité des recherches examinent aussi les **améliorations** (baisse) dans la consommation des psychotropes. Deux autres critères fréquemment considérés pour apprécier une meilleure connaissance des effets d'un traitement sont le **fonctionnement personnel** et le **fonctionnement social**; ces deux grandes dimensions ont été opérationnalisées de diverses manières. L'examen des autres dimensions est moins généralisé; la dimension des problèmes juridiques est intégrée aux recherches faites à Sainte-Anne-des-Monts et à la Maison l'Invitée. La dimension de la santé physique est documentée - parfois sous une forme détaillée - dans les études sur les itinérants; mais les recherches faites à Jellinek et à Sainte-Anne-des-Monts utilisent des échelles (S.M.A.S.T. (cf. lexique, annexe 4), échelle des problèmes d'Edwards, échelle sur la gravité de l'alcoolisme) leur permettant d'apprécier les conséquences physiques de la consommation des psychotropes.

4.5 RÉSULTATS LES PLUS MARQUANTS DES ÉVALUATIONS EN RÉADAPTATION

Les évaluations que nous avons en main ne permettent pas de déterminer de façon détaillée et définitive les types de services à privilégier pour la réadaptation des personnes toxicomanes. Cependant, nous avons quelques éléments indicatifs de pistes qu'on pourrait fouiller de façon plus approfondie.

Les services externes semblent aussi efficaces que les services internes, mais la clientèle desservie n'est pas la même. L'étude du Pavillon Jellinek examine **l'efficacité relative des différents modes d'intervention, en l'occurrence l'interne versus l'externe**. La réussite du traitement - en prenant comme critère l'abstinence - n'apparaît pas liée au fait que les clients suivent un traitement à l'interne ou à l'externe. À Jellinek, les clients les plus détériorés et les plus instables socialement sont davantage dirigés vers les programmes internes. À cet égard, on remarque d'ailleurs que les polytoxicomanes ont les scores les plus élevés dans l'échelle des problèmes d'Edwards et que ces scores sont négativement corrélés à la stabilité sociale. Cette étude met aussi en relief le

fait qu'une participation minimale (1 à 4 activités) des bénéficiaires augmente leurs chances d'atteindre la sobriété comparativement à une clientèle ne faisant que s'inscrire sans participer à aucune activité. Cependant, une exposition maximale au traitement (plus de 75 activités) ne produirait pas plus de clients sobres qu'une exposition moyenne (entre 4 et 74 activités) ou même minimale. Cette dernière catégorie manque cependant de raffinements et il serait intéressant de vérifier si ces résultats tiennent toujours en présence d'une catégorie où l'écart entre un nombre minimum et maximum est moins étendu. Il faudrait aussi contrôler la variable "sévérité du problème de toxicomanie".

L'étude "Tri-con-the-alc" a quant à elle tenté d'évaluer l'accessibilité et l'efficacité relative de trois contextes thérapeutiques différents. Les variables utilisées pour mesurer la performance thérapeutique sont le fonctionnement social, le fonctionnement personnel et la consommation d'alcool. La variable "fonctionnement social" s'est avérée problématique à l'usage: manque de sensibilité aux changements et difficultés d'interprétation parce que ne pouvant recourir à aucun point de comparaison, ni non plus à une valeur-critère. Les deux autres variables "consommation d'alcool" et "fonctionnement personnel" mettent en relief une meilleure performance du centre privé. Il est dommage que l'effet des différences de clientèles entre les contextes thérapeutiques, soit en termes de problématiques des clients, ou en termes de leurs caractéristiques socio-économiques, ne soit pas examiné. De plus, on constate de sérieuses contraintes concernant la validité méthodologique de cette recherche étant donné les faibles pourcentages de bénéficiaires atteints lors des différents suivis: ces pourcentages varient entre 23,9 % et 67,7 % lors du suivi de neuf mois et entre 21,7 % et 32,2 % lors du suivi de 18 mois. Lors de ses recommandations, l'auteur de cette évaluation suggère d'adopter une approche évaluative fonctionnant par clinique plutôt que comparative pour mieux tenir compte des spécificités de chacune d'entre elles. Deux autres suggestions s'ajoutent de plus à celle-ci: "diminuer les drop-out dans les services externes et augmenter le suivi organisé et efficace" (38).

L'étude de Domrémy-Montréal sur la provenance géographique des bénéficiaires de six établissements de la région du Montréal métropolitain révèle pour sa part une concertation régionale faible quant à la précision des vocations spécifiques

des divers établissements et la présence d'aires géographiques pathogènes, c'est-à-dire avec de fortes concentrations de personnes toxicomanes. L'étude que ce même établissement a réalisé sur le profil clinique de sa clientèle à l'interne et l'attrition des bénéficiaires réadaptés, tant à l'interne qu'à l'externe, indique une tendance vers un profil mixte de substances consommées, confirme partiellement l'hypothèse de l'appariement ou l'association entre des types de clients et différents programmes des services internes et révèle une attrition importante de la clientèle, tout particulièrement dans les services externes.

Ces informations permettent de repérer une série d'ajustements potentiellement profitables à un meilleur fonctionnement des services en cause:

1) une définition plus précise de la mission de Domrémy-Montréal -- en complémentarité avec les autres établissements afin d'éviter les recoupements dysfonctionnels -- dans le cadre d'un plan régional de services tant en prévention qu'en réadaptation;

2) un déplacement des lieux où on dispense des services internes et externes afin de mieux desservir la clientèle;

3) une amélioration de l'accessibilité aux services pour les anglophones et les allophones;

4) la systématisation d'un appariement programme-clientèle;

5) une recherche de moyens pour diminuer l'attrition surtout pour les services externes et baisser les temps d'attente pour l'obtention d'un premier rendez-vous individuel.

Les services aux itinérants constituent un univers différent et en quelque sorte parallèle aux services de réadaptation dispensés aux autres toxicomanes. Les caractéristiques de cette clientèle requièrent des services particuliers qui ne sont pas directement comparables aux services dispensés par les autres établissements de ce réseau. Par exemple, la problématique des services internes et

externes ne s'articule pas de façon dichotomique comme cela est le cas pour les autres clients, mais plutôt de façon successive et complémentaire à cause de l'état de détérioration clinique de plusieurs itinérants. Les objectifs explicitement visés par les services aux itinérants ne peuvent être identiques aux objectifs poursuivis dans le traitement des autres toxicomanes.

Les évaluations québécoises donnent quelques indications concernant les services qui produisent des résultats intéressants chez les itinérants. Les **programmes de suivi communautaire** ont un impact positif sur la clientèle. D'après l'étude réalisée à la Maison L'Ecluse, un tel programme stabilise les revenus et les conditions résidentielles des bénéficiaires suivis, provoque une diminution du nombre de substances consommées et modifie positivement l'utilisation des services faite par ces bénéficiaires. L'étude de la Maison l'Invitée constate elle aussi que la fréquentation d'un tel programme, suite à un séjour au centre de plus de 7 jours, augmente significativement les chances d'amélioration pour les itinérantes suivies; leurs chances d'amélioration sont calculées à partir de jugements posés à l'aide d'un certain nombre de critères par les intervenants de ce centre (voir annexe 3 pour plus d'informations) sur chaque itinérante. Lorsque les itinérantes participent au programme durant huit jours ou plus, leurs chances de s'améliorer est de 45,7 % (poucentage de clientes jugées améliorées sur le total des itinérantes inscrites au programme) tandis que ce pourcentage grimpe à 70 % lorsqu'elles participent en plus au programme de suivi communautaire. Un facteur de sélection de clientèle joue probablement en faveur d'un tel programme, mais les recherches mentionnées ne contrôlent pas cette possibilité de biais.

Le programme de la Maison l'Invitée s'avère en soit bénéfique pour les bénéficiaires qui le suivent: on constate une relation significative entre l'exposition au programme du centre et les chances d'amélioration. Les domaines les plus souvent améliorés sont le logement, la toxicomanie et la situation financière. L'implantation des services de la Maison L'Invitée a causé de plus un arrêt ou une baisse dans la fréquentation des services de l'urgence Saint-Luc pour 44 % des femmes itinérantes utilisant à la fois ces deux types de services, qui s'avérent en fait complémentaires plutôt que substituables; les services dispensés ne sont pas les mêmes et le fait d'offrir les services de la Maison

l'Invitée ne permet pas l'abandon complet des services de l'urgence aux femmes itinérantes.

L'ensemble des évaluations ne permet pas uniquement de repérer des directions plus intéressantes à explorer quant aux services de réadaptation à dispenser. Les évaluations permettent également de mieux connaitre les résultats obtenus chez les bénéficiaires suite aux traitements de réadaptation. En étudiant les différentes dimensions sur lesquelles le traitement a ou n'a pas d'impact, on peut mieux appréhender comment le traitement agit réellement et même tenter de dégager les facteurs qui contribuent, ou du moins sont associés, à la production ou non de ses résultats. Les dimensions qui sont les plus couramment examinées sont la baisse ou l'arrêt de la consommation de psychotropes, le comportement psycho-social et la santé mentale.

Une première observation intéressante à noter concerne le fait qu'un des premiers bénéfices de plusieurs évaluations est l'amélioration dans les connaissances de la clientèle desservie par les établissements en cause. Les recherches permettent en effet une connaissance approfondie tant des caractéristiques que des comportements de la clientèle. Plusieurs évaluations en font même un objectif explicite. Peut-être les établissements sont-ils mal outillés pour obtenir un portrait détaillé et surtout récurrent de leur clients?

La recherche évaluative du Pavillon Jellinek nous indique qu'en plus de provoquer **une baisse ou un arrêt dans la consommation des psychotropes** dans les six derniers mois chez 55 % des clients (réponse non corroborée par l'entourage), lors du suivi d'un an, le traitement a aussi un **résultat positif sur la santé mentale** des bénéficiaires de même que sur la satisfaction dans les relations avec l'entourage. Dans cette étude, la sobriété est associée positivement à ces deux dimensions: les clients devenus sobres se révèlent en meilleure santé mentale et plus satisfaits de leurs relations avec l'entourage que les clients non sobres. Le fait qu'il y ait eu un traitement - de quelque type ou intensité que ce soit - est lié à ces transformations. Quelques constatations intéressantes sont à noter: les polytoxicomanes ont les scores les plus élevés dans l'échelle de problèmes d'Edwards et ont aussi plus de difficultés à garder leur sobriété que les clients ne consommant qu'un seul pyschotrope, soit l'alcool,

soit la drogue. Par contre, la stabilité sociale ou l'état à l'admission (soit par le S.M.A.S.T., soit par l'échelle de problèmes d'Edwards) n'apparaissent pas corrélés à l'issue positive ou négative du traitement; l'utilisation du S.M.A.S.T. apparaît comme un point faible car cet instrument est un outil de dépistage utilisé dans la population générale pour repérer les individus ayant un problème. La validité de cet instrument pour différencier des degrés de sévérité dans les problèmes de toxicomanie reste entièrement à démontrer. L'utilisation de l'échelle de problème d'Edwards vient heureusement compenser quelque peu cette faiblesse.

A Sainte-Anne-des-Monts, on constate aussi une amélioration chez une partie de la clientèle quant à la consommation d'alcool (50 % ont réduit ou arrêté leur consommation) ou quant au comportement psycho-social selon un certain nombre d'indicateurs. On constate là aussi des associations significatives entre l'abstinence et plusieurs indicateurs d'amélioration du comportement psycho-social. Mais cette situation n'implique aucunement une stabilité des individus dans le temps quant aux indicateurs d'amélioration ou de détérioration de l'alcoolisme ou des comportements psycho-sociaux. Seuls 28 % des clients n'ont pas fait de rechutes suite à leur traitement et 59,3 % des personnes n'ont jamais été réadmis à un traitement de réadaptation. Aucune des variables indépendantes analysées n'explique de portion importante de la variance de la gravité actuelle de l'alcoolisme; même la fréquentation des A.A. n'explique que 3,1 % de la variance en cause. La seule réserve, quoiqu'importante, sur cette recherche évaluative concerne le fait qu'une seule relance -- 10 ans après la fin du traitement -- ait été effectuée; il est difficile d'attribuer les résultats observés (amélioration ou non des bénéficiaires) à l'effet du traitement, plutôt qu'à la présence ou l'absence d'autres facteurs, comme par exemple des évènements stressants (perte de travail, du conjoint,...).

Les deux recherches dans lesquelles Cormier est associé (10, 29) détectent une diminution significative du **trait d'anxiété** chez les alcooliques primaires et symptomatiques, mais non chez les alcooliques secondaires, ainsi qu'une baisse significative de l'anxiété situationnelle quel que soit le groupe d'alcooliques; de plus amples explications sur ces concepts sont apportées dans la description de ces deux recherches à l'annexe 3. Grâce à une comparaison avec un groupe té-

moin, les alcooliques se révèlent plus anxieux qu'une population non alcoolique. Par ailleurs, la variable **"sens de responsabilité sur sa vie"** ne distingue pas les populations, alcooliques et non alcooliques, ni non plus les types d'alcooliques. Une amélioration significative de cette variable est constatée chez les alcooliques terminant leur traitement. Ces deux études n'ont cependant pas utilisé de relance pour voir si les résultats qu'ils observaient chez les bénéficiaires à la fin de leur traitement de réadaptation, se maintenaient six mois ou un an après.

L'étude réalisée au Centre Le Portage permet de constater qu'au fur et à mesure de l'accroissement de la durée du traitement, **les comportements psycho-pathologiques** diminuent chez les bénéficiaires, suicidaires ou non suicidaires. Les tests utilisés par cette recherche (précisions à l'annexe 3) indiquent nettement une amélioration clinique (moins de comportements psycho-pathologiques, dépressifs, anxieux, suicidaires et autres types de comportement auto-destructeurs) des bénéficiaires associée à la **durée de séjour**. Cette amélioration des problèmes de la clientèle est-elle un effet du traitement ou un effet de sélection de la clientèle retenue? Cette recherche ne permet pas de répondre clairement à cette question. De plus, il serait intéressant de vérifier si les améliorations constatées se maintiennent lorsque les bénéficiaires retournent vivre dans un milieu non protégé.

Dans l'étude "Tri-con-ther-alc", **la consommation et le fonctionnement personnel** sont les variables où l'on constate une amélioration des bénéficiaires quelque soit le contexte thérapeutique où ils s'insèrent. Les facteurs liés à ces améliorations sont difficiles à repérer, car les associations constatées dans un des contextes sont relativement faibles et ne s'observent pas nécessairement dans les deux autres contextes thérapeutiques. L'analyse des facteurs explicatifs de la variance (analyse de régression) de la consommation et du fonctionnement personnel selon les contextes thérapeutiques aboutit à des résultats épars et non identiques dépendamment des contextes cliniques; une seule constante ressort de cette analyse: aucune caractéristique examinée dans cette étude n'a d'impact sur le contrôle de l'usage de l'alcool. Les variables analysées ne s'avèrent pas statistiquement significative et ne permettent donc pas d'expliquer la variance entre l'admission et les relances tant pour la consommation d'alcool que pour le fonctionnement personnel.

L'étude de Boivin, Laforge et Hardy (4) à l'Hôpital Saint-François d'Assise constate des améliorations significatives chez les bénéficiaires réadaptés à l'interne dans leur consommation d'alcool et leur consommation de benzodiazépine et de cocaïne, mais n'observe pas, par contre, de changements dans leur situation d'emploi ou leur situation relationnelle lors de la relance au sixième mois suivant la fin du traitement. Cette étude n'intègre pas une relance sur une période plus longue (un an) permettant de vérifier si les améliorations perdurent. Cette recherche repère aussi des variables prédictives de la rechute ou de la récupération. L'âge apparaît comme un facteur positivement associé à la récupération; les facteurs prédictifs de la rechute sont le début (plus précoce) de consommation problématique, la présence de problèmes familiaux ou conjugaux et le fait d'être dépressif avant le traitement. Le fait de connaître des variables prédictives du succès ou non du traitement de réadaptation permet de mieux ajuster les services dispensés en fonction des caractéristiques des bénéficiaires.

Avant de terminer ce tour d'horizon des évaluations québécoises sur les programmes de réadaptation en toxicomanie, nous voulons faire ressortir quelques **constatations générales**. Nous observons en tout premier lieu que le traitement en réadaptation n'engendre pas seulement un effet sur la consommation, mais sur plusieurs dimensions. Les évaluations recensées adoptent d'ailleurs généralement une perspective multidimensionnelle pour analyser l'impact de ces programmes de traitement sur les individus. L'abstinence et la consommation contrôlée des psychotropes semble le premier critère d'efficacité des traitements examiné lors des évaluations; l'utilisation d'autres indices psycho-sociaux apporte un éclairage supplémentaire plus complet. Par exemple, dans l'étude faite à Sainte-Anne-des-Monts, l'évolution des abstinents, qui ne font pas partie des Alcooliques Anonymes, est plus favorable en regard de toute une série d'indices psycho-sociaux que ne l'est l'évolution des abstinents A.A. Pour la recherche faite au Pavillon Jellinek, il s'avère que ce sont les abstinents qui ont le moins de problèmes de santé mentale plutôt que ceux qui ne sont pas sobres. Les indicateurs de résultats ne devraient donc pas porter uniquement sur la consommation, mais en plus sur un ensemble d'autres dimensions tout aussi pertinentes. Cela nous permettra de comprendre de façon plus extensive les effets du traitement chez les bénéficiaires.

En second lieu, l'efficacité des traitements ne semble pas - à la lumière des connaissances québécoises actuelles - reliée à une série de facteurs institutionnels sur lesquels il suffirait d'agir pour améliorer cette caractéristique. Seul semble acquis le fait suivant: un traitement donne de meilleurs résultats qu'une absence de traitement (cela semble évident mais certains contestaient encore cet énoncé il y a quelques années) et les services externes apparaissent aussi efficaces que les services internes. Mais ce dernier énoncé est-il valide pour tous les bénéficiaires, quelle que soit la sévérité de leur diagnostic? Cela, on ne le sait pas encore. Du côté des services aux personnes itinérantes, le suivi communautaire est une composante intéressante du traitement puisqu'il permet d'améliorer sensiblement la situation clinique des bénéficiaires.

CHAPITRE 5
LES REVUES QUÉBÉCOISES DE LA LITTÉRATURE ÉVALUATIVE EN RÉADAPTATION

Les chercheurs québécois ont utilisé la revue de littérature internationale, soit pour compenser l'insuffisance des recherches évaluatives locales, soit pour alimenter la réflexion sur l'intervention en réadaptation. Certaines des revues portent sur l'ensemble de la littérature évaluative pertinente par rapport aux effets des traitements de réadaptation; nous les présentons par auteur. D'autres revues se concentrent sur un thème spécifique et nous les présentons ainsi.

5.1 REVUES GÉNÉRALES DE LA LITTÉRATURE ÉVALUATIVE

Abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi. Les objectifs de l'intervention auprès des alcooliques, D. Cormier (28).

À l'occasion d'une publication portant sur les différents objectifs d'intervention auprès des alcooliques, D. Cormier a effectué une revue de la littérature évaluative. Cette recension (37 références) est structurée en fonction des résultats des traitements selon les objectifs visés ainsi qu'en fonction de l'utilisation de ces derniers comme critère de succès des interventions. Trois objectifs de traitement sont ainsi examinés: l'abstinence, le boire contrôlé et le boire réfléchi (voir lexique, annexe 4, pour les définitions de Cormier).

Les taux de succès constaté par les études évaluatives varient généralement entre 40 et 50 %, l'abstinence ne représentant qu'une portion de ce pourcentage. Par exemple, Cormier cite l'étude Rand sur les traitements médico-psychodynamiques avec des résultats de 24 % de sujets abstinents et un autre 17 % de sujets ayant un boire modéré, 18 mois après la fin de leur traitement. L'étude de la Rand, précise par l'analyse multivariée qu'une contribution de 5 % par rapport au taux d'abstinence observé provient de la méthode Alcooliques Anonymes (A. A.).

Cormier confirme sa propre recension par celle de Blane et de Miller qui rapportent des taux de résultats entre 17 et 33 % pour le critère d'abstinence et entre 62 et 68 % pour celui de diminution de la consommation (incluant à la fois les personnes ayant diminué ou arrêté leur consommation). Cormier cite l'étude longitudinale de G.E. Vaillant (1983) qui constate un taux d'abstinence de 34 %, ce qui est similaire aux taux observés au Québec à Sainte-Anne-des-Monts et au Pavillon Jellinek. Cormier fait aussi état d'études sur la rémission spontanée (voir lexique) qui évalue ce phénomène entre 9 et 16 % si l'on prend le critère de l'abstinence, et entre 30 et 54 % si l'on prend celui de la réduction de la consommation.

Traitant de l'objectif d'**abstinence**, Cormier examine les recherches sur le mouvement A.A. D'après les recherches qu'il consulte, le taux de succès de ce mouvement varie de 13 à 33 % si l'on adopte le critère de référence des A.A., c'est-à-dire l'abstinence. Ce taux de 33 % est rapporté par Costello qui a observé des résultats d'un programme global combinant le modèle A.A.avec diverses techniques cliniques; Cormier ne précise pas l'intensité de ce programme, ni de quelles techniques cliniques il s'agit. Le succès est fonction du nombre de séances auxquelles les toxicomanes participent, les plus persévérants conservent davantage leur abstinence. Cormier rapporte que certaines études (Gérard 1962, Trice et Roman 1970) associent la persistance à l'intérieur du mouvement, du moins pour une partie des ex-alcooliques, à une dépendance à ce mouvement; les alcooliques les plus susceptibles de maintenir l'abstinence chez les A.A. ont d'ailleurs tendance à se caractériser par un plus grand besoin d'affiliation et de dépendance à autrui dans leur structure de personnalité. Cormier rappelle que ce mouvement a généralement plus de succès auprès de la classe moyenne et qu'aux U.S.A., on le qualifie de W.A.S.P. (Blanc, Anglosaxon et Protestant).

Traitant de l'objectif du **boire contrôlé**, les recherches consultées par Cormier obtiennent une structure de résultats similaires à ceux des programmes visant l'abstinence. Ces recherches évaluatives obtiennent généralement les taux suivants comme résultat d'une réadaptation: de 10 à 12 % d'abstinents, de 42 à 58 % de buveurs contrôlés et de 32 à 46 % de rechute. Dans les recherches où l'on apparie les clientèles entre les groupes visant l'abstinence et les groupes visant le boire contrôlé, on n'observe pas de différences significatives entre leurs résultats. Une observation est notée dans ces diverses recherches: après

deux ans, autant de patients adoptent le boire modéré que l'abstinence totale (environ 35 % dans chaque cas). L'objectif de boire contrôlé ressort d'ailleurs, comme plus acceptable que celui de l'abstinence totale, chez une majorité de sujets. Cormier précise que d'après Marlatt (1983), les résultats des programmes visant comme objectif le boire contrôlé sont meilleurs lorsque l'histoire du boire excessif est plus brève et que les sujets sont plus jeunes.

Sur le boire réfléchi, Cormier rappelle que quelque soit les objectifs poursuivis par l'intervention, les bénéficiaires déterminent le boire acceptable pour eux-mêmes et leur entourage.

Selon Cormier, les recherches démontrent clairement que le succès d'un programme ne peut être déterminé seulement par l'abstinence totale et que d'autres dimensions doivent être incluses dans ces critères. Ces dimensions pourraient être les suivantes: une consommation moindre d'alcool et des autres psychotropes, une diminution des malaises physiques et des symptômes mentaux en regard de la consommation, une baisse de la mésadaptation personnelle et sociale ou une augmentation de l'adaptation personnelle et sociale, une meilleure qualité de vie du bénéficiaire et de son entourage. Des études multivariées des résultats correspondraient d'ailleurs mieux à la complexité de cette problématique.

La réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies à Domrémy-Montréal. Contexte théorique, M. Landry (41).

L'approche psycho-sociale dans le traitement de la toxicomanie, C. Mercier (51).

Résultats de l'évaluation du traitement en alcoolisme, C. Mercier et S. Brochu (52).

C. Mercier et S. Brochu ont réalisé deux revues de littérature évaluative sur le traitement des toxicomanies: 1) C. Mercier a intégré une revue des recherches (118 rf) sur le traitement des toxicomanies dans un document portant sur "l'approche psycho-sociale"; 2) une revue conjointe de ces deux auteurs porte sur la littérature évaluative (118 rf) du domaine des traitements en alcoolisme. Une troisième revue, réalisée dans le cadre de l'opération de planification stratégique de Domrémy-Montréal, s'ajoute aussi aux deux premières.

Un premier thème abordé par ces trois recensions touche les **effets du traitement**. On rapporte les résultats respectifs observés dans les cas de rémissions spontanées (taux moyen d'amélioration observé (abstinence ou stabilité du boire) entre 4 et 54 % avec une moyenne autour de 19 %) et les cas où les clients reçoivent un traitement (taux constaté d'amélioration entre 12 et 68 %, ceux-ci se partageant entre l'abstinence, estimée entre 12 et 35 % et la diminution de consommation, entre 33 et 55 % un an ou deux après le traitement). Les résultats sur la consommation lorsqu'il y a traitement sont un peu plus élevés que dans les cas de rémissions spontanées. Cependant, les auteurs notent la difficulté de comparer une situation de rémission spontanée et une situation où le client est traité parce que ces populations respectives peuvent présenter des caractéristiques très différentes. Landry ajoute qu'un traitement n'est pas toujours nécessaire puisque certaines personnes guérissent toutes seules. Mercier et Brochu remarquent que beaucoup d'études recensées ne rapportent pas de résultats sur d'autres variables (santé physique, fonctionnement social, professionnel, personnel) et ce, malgré la pertinence de ces variables dans l'évaluation des effets d'un traitement. Diverses recherches ont pourtant documenté les effets fréquents du traitement tant sur des variables d'ordre psychologique (confiance en soi, stabilité émotionnelle, niveau d'anxiété, sens de responsabilité sur sa vie, etc.,) que d'ordre social (relations avec la famille et les proches, contacts interpersonnels, travail, etc.,).

Les études longitudinales que ces auteurs ont consultées font état de résultats selon le critère de l'abstinence, variant de 7 à 34 % des toxicomanes réadaptés lors des relances, après 4 ou 8 ans. Sur de longues périodes d'observation, des auteurs s'intéressent au processus global de réadaptation plutôt qu'à une épisode de traitement, ce processus se caractérisant par la présence de périodes consécutives de consommation abusive et d'abstinence ou de consommation normale. Selon Mercier, ces observations sur la carrière des toxicomanes infirment le postulat répandu voulant que la situation du toxicomane ne peut que se détériorer si rien n'est fait. Dans ce processus, l'objectif visé est plutôt un changement dans les habitudes de vie de la personne que la guérison d'une maladie, le traitement devenant un élément aidant à l'intérieur de cette démarche.

Un deuxième thème vise **les facteurs de pronostic**. Brochu et Mercier relèvent une absence de prédicteurs de récupération ou de rechute qui se dégagerait clairement de l'ensemble des études ou revues examinées. Ces deux auteurs réussissent toutefois à dégager quelques thèmes qui reviennent plus fréquemment: la stabilité sociale, le statut socio-économique, la sévérité de l'alcoolisme et le niveau de fonctionnement à l'admission; ce sont les facteurs qui sont le plus souvent reliés à l'issue du traitement. Plus les toxicomanes sont socialement stables et ont un statut socio-économique élevé, plus ils ont des chances élevées de réussite dans leur réadaptation. Moins la sévérité de l'alcoolisme est grande et leur niveau de fonctionnement détérioré à l'admission, plus grandes sont leur probabilité de récupérer.

Un troisième thème de ces revues porte sur **les caractéristiques du programme idéal**. La littérature ne révèle pas de différences significatives dans les résultats selon les modalités de traitement. En fait, les variables liées au client semblent avoir plus d'influence que les variables liées au type de traitement. D'après les recherches utilisant des groupes expérimentaux et de contrôle purement aléatoire, les traitements internes, externes ou en milieu de transition ne se distinguent pas vraiment quant à leur efficacité. Une quantité minimale de services de réadaptation semble nécessaire et ce seuil varie selon les caractéristiques de la clientèle; plus le pronostic d'un toxicomane est favorable, plus ce seuil serait bas. On sait toutefois que la seule désintoxication est d'un effet à peu près nul. Certains facteurs environnementaux (climat familial, perception du travail, absence d'événements stressants, ressources sociales, etc.) affectent aussi le maintien des résultats à la suite d'un traitement. Enfin, les recherches consultées par ces trois auteurs délaissent cette piste du traitement idéal au profit d'une hypothèse relative à l'appariement entre les caractéristiques des clients et les modalités de traitement.

Ainsi, ces trois revues abordent le thème de l'**appariement**. Les recherches ou les revues de littérature recensées mettent de plus en plus en relief le fait que tous les traitements ne connaissent pas le même degré de succès avec toutes les personnes. Les personnes qui ont un ensemble de caractéristiques favorables auraient des taux de succès plus élevés. Le plus grand succès des programmes qui ont des approches multiples, c'est-à-dire qui touchent plusieurs domaines

comme la consommation, les relations interpersonnelles, la vie émotive, le travail, la santé physique, constituerait un autre indice de la pertinence de l'hypothèse de l'appariement. Selon Landry, l'appariement se justifie par la nature multivariée de la toxicomanie et l'hétérogénéité des personnes toxicomanes. Brochu et Mercier notent que la vérification empirique de l'hypothèse d'appariement implique toutefois la résolution de certains problèmes méthodologiques ou conceptuels afin d'isoler les variables les plus significatives à apparier chez le client et son milieu, le thérapeute et le programme.

Ces trois auteurs esquissent les grandes conclusions des recherches actuelles sur l'appariement:

- un traitement résidentiel, mais non hospitalier, serait bénéfique pour tous les clients ayant des détériorations physiques graves et des problèmes sérieux dans leur famille ou leur communauté;

- les gens éduqués et ayant un emploi réagissent bien à la psychothérapie;

- les femmes réussissent mieux dans un programme à orientation médicale;

- le groupe de pairs est favorable pour les alcooliques masculins;

- l'objectif de consommation contrôlée a de meilleurs résultats chez les buveurs à problème socialement stables;

- la condition psychiatrique serait un facteur important pour l'issue du traitement (influence négative) et les personnes ayant un problème intermédiaire de santé mentale constitueraient celles qui sont les plus susceptibles de réagir à un appariement.

Un dernier thème touché par la recension de Brochu et Mercier porte sur **les populations particulières**, telles la clientèle féminine, les jeunes, les cocaïnomanes,... Peu de recherches méthodologiquement valides sur les effets du traitement auprès d'une population particulière sont recensées. Dans les étu-

des, on fait rarement des distinctions entre les hommes et les femmes et parfois même, elles ne comportent qu'un échantillon masculin. De même, les études sur l'efficacité des traitements auprès des jeunes sont extrêmement rares. Il est donc difficile de conclure quoique ce soit sur l'efficacité du traitement dans ces populations.

5.2 REVUES THÉMATIQUES

Les jeunes

La toxicomanie juvénile dans la région 03. Éléments de planification, G. Carrier (14).

Cette étude englobe trois aspects, dont l'un nous intéresse plus particulièrement puisqu'il présente une recension des recherches sur l'efficacité des traitements auprès des jeunes toxicomanes: seulement 32 études portant sur ce sujet entre 1975 et 1984 ont été repérées dans les banques de données consultées par cet auteure; c'est un thème peu couvert par la recherche évaluative.

Dans un premier temps, l'auteure, G. Carrier, procède à la description des grandes caractéristiques des recherches examinées (sexe, âge, statut socio-économique, occupation), des caractéristiques des programmes offerts aux jeunes (adhésion, localisation, durée, drogue-cible, etc.,), l'approche utilisée pour les traitements (psychiatrique ou psychologique, psychosociale et communautaire) et les types de résultats envisagés comme indicateur de l'efficacité des programmes (consommation, caractéristiques de la personnalité, comportement occupationnel, comportement déviant ou criminel, etc.,).

L'auteure examine ensuite les relations entre quatre variables indépendantes (âge des jeunes, nature du programme, localisation (interne ou externe) du programme et le type de traitement (psychiatrique, psychosocial ou collectif (communauté thérapeutique)) par rapport à l'efficacité des programmes. Celle-ci est identifiée à l'aide du seul indicateur comparable pour 20 des études examinées: l'usage des drogues (abstinence ou diminution de la consommation); les autres indicateurs se retrouvent dans un nombre trop limité d'études pour que l'on

puisse les utiliser aux fins de comparaison. L'auteure définit une méthode de calcul du taux de succès permettant de procéder à cette analyse; il calcule les proportions de jeunes ayant amélioré ou cessé leur consommation sur le nombre total de jeunes soumis aux programmes de réadaptation selon les caractéristiques ci-dessus mentionnées. Aucune précision n'est vraiment donnée quant à la possibilité de comparer les données des diverses études et à la possibilité d'additionner les sujets selon leurs résultats. Les suivis ont-ils été tous réalisés au même moment? On ne sait donc pas si l'arrêt ou la baisse de la consommation est calculé sur une période de trois mois, de six mois ou d'une autre période ou si ces périodes sont similaires pour les 20 études ou variables. Un instrument similaire a-t-il été utilisé pour mesurer cet indicateur d'usage des drogues? Y a-t-il des variations dans la manière de définir la baisse de consommation par exemple? Les clientèles sont-elles similaires? Ces éléments permettant de juger la comparabilité des données ne sont pas présentés.

Selon cette méthodologie, le taux de succès global de la résolution des problèmes (arrêt ou baisse de consommation) présenté par les jeunes est estimé à 44,4 %. L'auteur note que certaines études ont remarqué que suite à l'arrêt de consommation de certaines drogues, des jeunes augmentent leur consommation d'alcool; il ne mentionne pas le nombre d'études ayant contrôlé cet aspect. Le taux de succès serait plus élevé chez une clientèle plus jeune (18 ans ou moins, mais on ne sait pas si c'est l'âge au moment de l'admission à un traitement ou lors des relances) (57,7 %), pour des programmes de nature sociale (50,5%), dispensés à l'interne (46,2 %) et utilisant une approche collective (55,1 %). Les taux de succès calculés ici sont plus élevés que ce que l'on retrouve dans la littérature, où ils se situent alors entre 24 et 41 %. L'auteur soupçonne alors non pas sa méthodologie, mais le fait que les études recensées portaient généralement sur des populations à pronostic favorable et sur la présence d'études basées sur un très petit nombre d'individus. Finalement, l'auteur souligne l'importance des variables suivantes, rapportées par les études recensées, dans le succès d'une réadaptation: les conditions de réinsertion au travail ou dans les études, la qualité des relations sociales et la stabilité des conditions de vie en général; toutes ces variables sont de nature environnementale ou sociale et ne relèvent aucunement de la personnalité des jeunes toxicomanes.

Les femmes

Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec, Nadeau, Mercier et Bourgeois (60).

L'évaluation du traitement pour les femmes; sortir de l'impasse, Mercier (50).

L'alcoolisme chez les femmes, Hoggins et Morisette (36).

Nous avons repéré trois sources différentes qui abordent ce thème de l'évaluation du traitement des femmes: 1) L. Bourgeois y consacre un chapitre dans la publication: Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec; C. Mercier l'aborde à l'occasion d'un bref article de la revue l'Intervenant; S Hoggins et P. Morissette s'y réfèrent plus amplement dans un article portant sur l'alcoolisme chez les femmes. Ces trois sources effectuent des recensions de la littérature évaluative existante sur ce thème.

L. Bourgeois (58) mentionne l'évaluation très fréquente de la variable sexe tant dans les traitements offerts au Québec comme ailleurs, que dans les études évaluatives recensées. D'après cette revue, il est difficile de porter une conclusion sur l'efficacité différentielle du traitement selon le sexe ou sur l'existence d'un traitement particulièrement efficace auprès de cette sous-population. On sait que l'étiologie et les manifestations du problème d'alcoolisme sont différentes selon le sexe, mais on connaît peu de choses sur les répercussions de ces différences pour le traitement des femmes. D'après les études actuellement existantes, il semble que les femmes réagissent bien au traitement de groupe, celui-ci permettant la constitution d'un réseau de soutien de même que la mise en évidence des aspects sociaux de leurs problèmes personnels, tout spécialement si ce sont des femmes déprimées ou ayant des difficultés interpersonnelles, mais contre-indiqué si elles présentent des tendances névrotiques. Des services associés à la réadaptation, tels la garderie ou les services de consultation professionnelle semblent faciliter la démarche de réadaptation des femmes. La participation des proches significatifs et la considération de la plus grande fréquence des phénomènes de double dépendance, alcool et psychotropes obtenus sous ordonnance médicale, semblent améliorer l'efficacité des traitements. Des recherches sont toutefois nécessaires pour documenter plus amplement

ce sujet, les recherches existantes étant nettement insuffisantes.

Dans une brève recension, principalement consacrée à deux études longitudinales récentes, C. Mercier (50) confirme le sous-développement de la recherche sur les femmes: seulement 10 à 12 % de l'ensemble des recherches recensées considèrent cette variable. De plus, les résultats de ces recherches sont contradictoires entre eux et on ne peut certes pas affirmer que les conclusions de recherches portant sur les hommes sont aussi valables pour les femmes. Les deux études longitudinales recensées ici apportent des éléments intéressants: le traitement ne serait qu'un des facteurs du changement, les évènements de la vie en constituant aussi des éléments très importants; la consommation des tranquillisants comme forme de substitution à celle de l'alcool pourrait être un effet non désiré du traitement; de là ressort l'importance de contrôler cet effet lors des suivis au traitement.

L'article de Hodgins et Morissette (36) permet de faire un tour d'horizon de l'alcoolisme chez les femmes: ampleur du problème, caractéristiques particulières, étiologie et efficacité des traitements. Seul ce dernier thème devient intéressant pour notre propos. Les auteurs synthétisent les résultats de recherches évaluatives portant sur l'efficacité des différentes techniques de traitement et en dégagent des constatations pour le traitement des femmes alcooliques. Les traitements actuels pour les femmes alcooliques doivent encore être perfectionnés et évalués. Selon elles, un nombre nettement insuffisant de recherches évaluatives porte sur cet aspect de la réadaptation chez les femmes et devrait porter tant sur des méthodes plus traditionnelles que sur des modalités plus nouvelles (relaxation, entraînement à l'affirmation de soi, rétroaction biologique, désensibilisation, etc.,). Elles suggèrent aussi que les interventions devraient porter autant sur la consommation que sur le style de vie. L'étiologie suggère que l'alcool entraîne des problèmes de fonctionnement sur les plans social, cognitif et affectif; les traitements actuels ne mettent pas toujours assez d'accent sur ces aspects. Ces auteures ne sont donc pas surprises de constater que les méthodes aversives ne sont pas suffisantes car elles ne touchent que la consommation, mais non les raisons de boire, ni le fonctionnement interpersonnel; ces méthodes sont en fait unidimensionnelles alors que le problème de toxicomanie semble plutôt multidimensionnel. Chez les femmes,

les approches pharmacologiques pourraient même nuire à la réadaptation à cause du risque de remplacer une assiduité (alcool) par une autre (médicaments psychotropes).

CHAPITRE 6
LES ENSEIGNEMENTS À RETIRER DE LA LITTÉRATURE ÉVALUATIVE

Ce dossier visait originellement trois objectifs: 1° repérer des pistes d'actions à développer afin d'améliorer l'efficacité de la réadaptation en toxicomanie; 2° identifier des pistes pertinentes d'étude évaluative en vue d'améliorer nos connaissances sur ce sujet; 3° porter un jugement sur la fonction évaluative. Dans ce secteur de la réadaptation en toxicomanie, l'évaluation apporte certains éléments de réponse aux questionnements suscités par l'intervention. Peut-être ces réponses sont-elles partielles ou temporaires, mais nous croyons qu'elles méritent un effort supplémentaire de synthèse si l'on veut en maximiser l'utilité pour la programmation ou la planification dans ce secteur. Nous présentons ci-après certains nouveaux éléments de connaissances sur les clientèles apportées par les évaluations québécoises de même que les grandes leçons à retenir de l'ensemble de la littérature évaluative. Au passage, nous intégrerons quelques observations ou remarques sur les services québécois actuels en réadaptation des toxicomanies. Finalement, nous esquissons certaines perspectives de développement de ce secteur.

6.1 DE NOUVELLES CONNAISSANCES SUR LE PROFIL DE LA CLIENTÈLE QUÉBÉCOISE

La connaissance des services donnés et des clientèles traitées dans le réseau de la toxicomanie est encore très générale. Il existe bien quelques données sur le sexe, le groupe d'âge et le fait d'être traité en interne ou en externe dans les rapports statistiques annuels fournis par les établissements. Même sur ces variables, le tableau n'est pas complet; certaines données sur les clientèles qui ont été traitées en externe par les unités de toxicomanie des C.H.S.C.D. et sur celles traitées par les établissements privés manquent encore. Sur les services dispensés par le réseau public (type, fréquence, etc.,) ou sur les

profils de problèmes des clientèles desservies, nous n'avons pratiquement aucune information, sinon quelques descriptions ad hoc souvent réalisées à l'occasion d'une évaluation.

Comme dans plusieurs établissements, il est difficile actuellement d'établir de façon régulière et quasi routinière un profil fouillé et précis des clientèles; la documentation de cet aspect a été inclus dans les évaluations réalisées au Pavillon Jellinek, au Centre Domrémy-Montréal, à la Maison l'Invitée du Centre Préfontaine, à l'Hôpital Saint-François D'Assise, au Centre N.A. Labrie et à l'urgence de l'Hôpital Saint-Luc. Au lieu d'être une sorte de préalable à l'évaluation, la connaissance des clients est considérée comme une retombée positive suivant la réalisation d'une évaluation.

Profil de consommation

De ces évaluations, on peut dégager une tendance vers un profil mixte de substances consommées dans la région de Montréal. Toutefois, plusieurs centres situés en région constatent que leur clientèle est d'abord et avant tout alcoolique (Jellinek, N.A. Labrie, Sainte-Anne-des-Monts). L'étude de la M.R.C. de Pabok définit sa clientèle comme polytoxicomane avec, pour une majorité de celle-ci, l'alcool comme principal psychotrope consommé. Parmi la clientèle toxicomane itinérante, une proportion de 40 % de polytoxicomanes (cocaïne, tranquillisants, alcool) est observée. La tendance à la polytoxicomanie augmente-t-elle au sein de la clientèle traitée ou est-elle stable? Pour répondre clairement et avec certitude à cette question, il faudrait se baser sur des séries historiques provinciales qui n'existent pas à l'heure actuelle. Seule l'étude de Domrémy-Montréal conclut clairement que la polytoxicomanie augmente dans la région métropolitaine parce qu'elle compare des données sur deux années: 1983 et 1987.

Caractéristiques socio-économiques

Selon l'enquête de Brochu, 63,7 % de la clientèle des centres publics est sans emploi. Les études évaluatives réalisées confirment des proportions assez élevées de "sans emploi" parmi la clientèle toxicomane non itinérante: 40 % au

Pavillon Foster ou à l'Hôpital Saint-François d'Assise (Boivin, Laforge et Hardy) et 59 % au Pavillon Jellinek. Il serait intéressant de savoir de quand date la caractéristique "sans emploi" de ces clientèles. Deux évaluations constatent aussi des revenus inférieurs aux moyennes régionales (celles du Pavillon Jellinek et de l'Hôpital Sainte-Anne-des-Monts) pour leur clientele. L'étude de Boivin, Laforge et Hardy observe que 75 % de la clientèle réadaptée a une scolarité primaire ou secondaire. L'étude réalisée au Pavillon Foster observe que pour la moitié de ceux qui ont un travail (60 %), celui-ci est constitué par un emploi spécialisé; mais la clientèle de cet établissement pourrait aussi être plus favorisée.

Sévérité de la toxicomanie

En plus des caractéristiques socio-économiques, la sévérité de la problématique clinique caractérisant la clientèle peut elle aussi varier selon les centres de réadaptation. Á Foster, par exemple, 70 % des clients en sont à un premier traitement de réadaptation et ont une moyenne de huit ans de consommation d'alcool; par contre à Sainte-Anne-des-Monts, la clientèle consomme en moyenne depuis 17 ans. Mais ces données provenant de trois établissements ne sont pas suffisantes pour dresser un portrait global des particularités cliniques des établissements de réadaptation du Québec; la comparaison reste aussi fragile étant donné l'absence d'une catégorisation uniforme de ces variables entre les établissements. L'étude réalisée par Domrémy-Montréal sur la clientèle de six établissements situés sur l'Île de Montréal, confirme que les clientèles se démarquent l'une de l'autre par des traits cliniques ou socio-économiques. Pourtant, aucun centre de cette région ne se spécialise clairement en fonction de critère de nature clinique ou socio-démographique des clientèles, même si, dans cette région, il y a suffisamment de ressources et de clientèle pour ce faire.

Carrière en réadaptation

Les données de l'enquête réalisée par Brochu mentionnaient une bonne proportion de retours en traitement de réadaptation; la notion de traitement englobait le suivi par un groupe d'entraide. Pourtant, l'étude de Domrémy-Montréal observe

un pourcentage de 70 % des clients qui en seraient à un premier séjour. Même pour les itinérants, l'étude de Préfontaine nous apprend que 73 % des clients ne se présentent qu'une seule fois à cet établissement. Cette dimension de la carrière en réadaptation reste donc entièrement à éclaircir.

Problèmes associés

L'étude réalisée au Pavillon Jellinek confirme qu'une majorité de la clientèle aux prises avec un problème de toxicomanie est plus fortement symptomatologique que la population générale selon un indice de santé mentale utilisé par Santé-Québec (échelle "vos sentiments"). L'étude de Boivin, Laforge et Hardy confirme des problèmes de psychopathologie chez une partie de la clientèle étudiée. La clientèle itinérante aussi se caractérise par des problèmes de santé mentale. L'étude réalisée à la Maison L'Invitée du Centre Préfontaine nous apprend que 52 des 58 bénéficiaires suivis ont déjà été hospitalisés pour des problèmes psychiatriques et que 42 de ces bénéficiaires ont déjà fait une tentative de suicide. Ces deux études présentent des comparaisons avec une autre population que la population étudiée; ces comparaisons se font soit avec la population québécoise dans son ensemble, soit avec d'autres populations itinérantes, soit sur une base historique en comparant une même population sur deux années différentes.

6.2 LES GRANDES LIGNES À DÉGAGER DE L'ÉVALUATION

À partir du matériel en évaluation, tant les revues de littérature que les évaluations proprement québécoises, nous synthétisons les principales réponses apportées jusqu'à maintenant pour guider l'intervention.

Les revues, et l'évaluation réalisée au Pavillon Jellinek confirment que les résultats obtenus après un traitement - de quelque nature que ce soit - sont supérieurs à ceux qu'on obtient lorsqu'il n'y a pas de traitement. Mais une fois confirmé le fait que la **présence d'un traitement entraîne une différence significative par rapport à une situation où il n'y a aucun traitement**, aucune indication claire ne ressort quant à la présence d'un traitement unique qui serait plus efficace qu'un autre. Les recensions examinées confirment le fait

qu'il n'existe **aucun traitement idéal pour tous** et que les variables personnelles ou environnementales semblent avoir plus d'influence pour les résultats obtenus que le type de traitement suivi. Les **facteurs de pronostic favorables** qui reviennent le plus fréquemment, même s'ils ne créent pas d'unanimité sont, une plus grande stabilité sociale, un statut socio-économique plus élevé, une absence de psychopathologie, une moins grande sévérité de la toxicomanie et un meilleur niveau de fonctionnement psychosocial lors de la demande de services. Les personnes ayant le plus de chances de s'en tirer sont celles qui ont des problèmes récents et pas trop sévères de toxicomanie et qui, de plus, possèdent un bon emploi, de préférence stable, et un entourage familial, occupationnel ou un réseau social qui peut appuyer leur démarche personnelle.

Les recensions examinées ajoutent des précisions quant aux pistes susceptibles d'être explorées dans les traitements à des personnes toxicomanes. Les traitements ne connaissent pas tous les mêmes degrés de succès avec toutes les personnes toxicomanes. **L'hypothèse d'un appariement** entre les caractéristiques des bénéficiaires et les différentes modalités de traitement ressort nettement comme une voie prometteuse à explorer en vue d'une meilleure adéquation et d'une plus grande efficacité programme-client. Cette piste est explorée intensivement aux États-Unis. C'est d'ailleurs ce courant de recherches qui a poussé plusieurs centres de réadaptation américains à se doter de systèmes d'information sophistiqués sur leur clientèle -- ses problèmes de toxicomanie et ses caractéristiques psychosociales -- ainsi que sur les services dispensés à ces clients; à ces fins, on a systématisé l'évaluation clinique des bénéficiaires à l'aide de tests standardisés et validés en vue de mieux contrôler les appariements.

De même, **les résultats des programmes ayant des objectifs différents sont relativement analogues**; que ces programmes visent l'abstinence ou le boire contrôlé, un taux de rechute similaire est observable et tous deux obtiennent à la fois des bénéficiaires abstinents et des bénéficiaires contrôlant leur consommation. Chacun de ces deux types de programmes obtient de bons résultats dans un segment de la population toxicomane; pour les programmes visant le boire contrôlé, ce sont les bénéficiaires jeunes (c'est-à-dire se situant en bas de 35 ans) avec un bref historique de boire excessif tandis que dans un des programmes visant l'abstinence, le programme "Alcooliques Anonymes", ce sont les alcooliques ca-

ractérisés par une structure de personnalité particulière (besoin supérieur de sécurité et d'encadrement).

Les **taux de succès obtenus dans les études québécoises** (les indicateurs utilisés étant soit l'abstinence, soit le boire modéré) sont comparables à ceux que rapportent les revues de la littérature étrangère. L'évaluation réalisée au Pavillon Jellinek touche de plus certains aspects de l'efficacité relative différentielle des programmes. En effet, dans cette recherche évaluative, **les services externes** ne se différencient pas des services internes, si l'on prend comme indicateur le taux d'abstinence parmi les bénéficiaires ayant suivi ces programmes. Les **résultats obtenus ne semblent pas non plus reliés à l'intensité des traitements suivis** puisque l'exposition maximale au traitement (telle que définie par cette recherche) ne produit pas plus de clients sobres que l'exposition moyenne ou faible; il serait intéressant de poursuivre les recherches sur cet aspect en raffinant les intensités de traitement et en contrôlant la sévérité des clientèles traitées. Il est nécessaire de connaître le niveau optimal de services relatif aux différents types de clients. Les services externes et internes seraient donc aussi efficaces les uns que les autres, tout en ne s'adressant pas à la même clientèle; les clients plus détériorés physiquement et mentalement, moins stables socialement et plus souvent polytoxicomanes se retrouvent plus souvent dans les services internes.

Tant les revues de littérature que les évaluations québécoises confirment la pertinence d'examiner **un ensemble de différentes variables** quand on cherche à connaître l'efficacité d'un programme de traitement. En effet, le traitement amène des modifications non seulement dans la consommation des psychotropes, mais aussi concernant l'état de santé mentale, la satisfaction des relations avec l'entourage, en bref différentes dimensions du fonctionnement personnel tant social que psychologique. Un seul indicateur portant sur la consommation n'est vraiment pas suffisant pour bien connaître les modifications engendrées par les traitements chez les bénéficiaires et conclure à leur efficacité.

Un élément intéressant soulevé par les revues concerne le fait que les toxicomanes passent à travers **différents cycles de consommation** au cours de leur vie; une alternance se développe entre les périodes de consommation modérée, d'abs-

tinence et les périodes de consommation abusive. Les études longitudinales sur les carrières des toxicomanes révèlent que c'est le mode de vie de ces personnes qui s'est trouvé transformé lors d'une rémission et que cela se déroule habituellement sur plusieurs années. L'épisode de service qu'est un traitement de réadaptation ne serait alors qu'une étape à l'intérieur de ce cheminement et correspondrait à une forme d'aide au bénéficiaire dans le déroulement de cette démarche personnelle. Il s'agit alors d'examiner ce processus de transformation sur une plus longue période, et non pas de conclure à l'efficacité ou non d'une épisode de service, six mois ou un an après la fin du traitement.

En regard du traitement à des groupes particuliers, il ressort des résultats mitigés chez les **jeunes**, mais il y a nécessité de poursuivre les recherches en contrôlant d'une manière plus serrée les caractéristiques cliniques et socio-économiques des bénéficiaires. Quant aux **femmes toxicomanes**, elles semblent bien réagir au traitement de groupe utilisant un réseau de soutien et accentuant les aspects sociaux des problèmes personnels. Les femmes réagissent positivement à la participation des proches significatifs dans leur traitement; pour elles, le support social de type émotif apparait particulièrement important. De plus, certains services complémentaires, comme une garderie ou des services de consultation professionnelle facilitent leurs démarches de traitement, que celui-ci soit à l'interne ou à l'externe. Le traitement doit être axé sur la consommation de l'ensemble des psychotropes puisque cette clientèle est sensible à la possibilité de substitution de l'alcool ou des psychotropes illégaux par des médicaments. Dans un contexte où la polytoxicomanie parait se développer, cet aspect est à surveiller pour toutes les clientèles.

Les itinérants constituent une clientèle plus détériorée physiquement que ce n'est le cas pour les autres toxicomanes non itinérants. Les études démontrent la difficulté de garder ces clientèles tout au long du programme de traitement et, par la suite, d'exercer un suivi ou même de garder le contact avec celles-ci. Les études québécoises indiquent l'utilité d'un programme de suivi communautaire des itinérants(es) selon différents indicateurs (consommation, situation financière,...). On remarque clairement dans les établissements québécois spécialisés dans les services à cette clientèle, la perspective multidimensionnelle des interventions portant à la fois sur la toxicomanie et sur le mode et

les conditions de vie. La présence de cette perspective multidimensionnelle est moins claire dans les autres établissements de ce réseau.

Parallèle avec la littérature évaluative étrangère

Lors d'une présentation effectuée au Congrès canadien d'évaluation en 1988, Brian Rush résumait, selon sa perception, les enseignements de la recherche évaluative sur la réadaptation des toxicomanies:

> "1. The treatment population is heterogeneous, therefore a range of treatments should be available.
>
> 2. More treatment is not necessarily better treatment.
>
> 3. Non-residential treatment is more cost effective than residential treatment.
>
> 4. There is considerable evidence in favour of the "matching hypothesis" (i.e.,certains kinds of clients will do better in certains kinds of programs).
>
> 5. Comprehensive client assessment is essential for matching and treatment assessment.
>
> 6. "Early" detection and treatment increases the likelihood of successful outcome. (B.Rush,p. 6)

Nous voyons ici à quel point ce qui se dégage de la littérature évaluative québécoise correspond aux enseignements mis en lumière par Rush. La lecture de certaines grandes recensions de la littérature évaluative par des américains permet cependant d'ajouter certaines précisions qui ressortent moins clairement du matériel évaluatif que nous avons examiné jusqu'à maintenant. Par exemple, les recensions de Cahalan (11) et de Miller et Hester (54,55) apportent des informations supplémentaires sur les variables les plus pertinentes pour tenter un appariement entre les besoins individuels des toxicomanes et les divers profils de services à offrir à la lumière des recherches actuelles; ce sont la sévérité de la toxicomanie, les problèmes associés à cette toxicomanie, la stabilité sociale, l'historique familiale, le niveau conceptuel, les déficiences neuropsychologiques, l'estime de soi, le "locus of control" et le choix des

modalités de traitement par le bénéficiaire. La présence d'un tel ensemble de variables implique qu'elles se révèlent plus pertinentes lors de l'identification des clientèles spécifiques à traiter et lors de l'établissement des stratégies de traitement; il importerait donc de les documenter lors de l'évaluation clinique initiale. Certaines de ces variables ont été analysées par des recherches québécoises, sans toutefois qu'on en souligne l'impact stratégique.

En supplément de ces précisions sur les variables d'un possible appariement, ces auteurs synthétisent ainsi leur monumentale revue de la littérature évaluative:

> "The picture that emerge is that of a two-stage treatment process,requiring different interventions. One set of interventions is optimal in changing drinking behavior itself, in bringing about abstinence or moderation. Here aversion therapies and behavioral self-control training are well supported. Another set of interventions aims primarily at environmental contingencies and other life problems, attempting to bring about changes that will help to maintain sobriety. Neither set of interventions may be sufficient in itself to bring about lasting change. A combination of demonstrably effective procedures from each category would seem to be optimal,..." (Miller et Hester, 1986, p.162)

Ces éléments sont inédits si on les compare aux principaux éléments dégagés par les évaluations et les revues québécoises. Cette image de Miller et Hester ne correspond pas exactement à ce qui se fait quotidiennement dans les centres de traitement des problèmes de toxicomanie, du moins aux États-Unis, où les pratiques de réadaptation les plus courantes sont l'éducation sur les psychotropes et les toxicomanies, la confrontation, les Alcooliques Anonymes, le disulfiram, la thérapie individuelle et la thérapie de groupe. Tant Miller et Hester que Cahalan souligne l'incohérence entre, d'une part, les résultats des recherches évaluatives sur l'efficacité des différents types d'intervention et, d'autre part, le fait que les pratiques les plus courantes de ce secteur ne contiennent pas de modalités d'intervention dont l'efficacité serait clairement démontrée par les recherches; ces auteurs soulignent de plus la forte persistance des modalités de services en interne pour les traitements malgré une démonstration claire de ses coûts plus élevés et d'une absence de différences dans l'efficacité par rapport à des services à l'externe. Il faut croire qu'aux États-Unis

aussi existe une certaine imperméabilité entre le milieu de la recherche, même évaluative, et le milieu de l'intervention puisque les résultats des recherches ne réussissent pas totalement à transformer les pratiques d'intervention. L'information sur l'efficacité des interventions ne suffit pas à transformer les pratiques des intervenants.

Les recherches évaluatives confirment donc la présence de besoins diversifiés chez les clients toxicomanes; cette conclusion conduit d'ailleurs les centres américains ou canadiens anglais vers une utilisation plus grande d'outils standardisés dans l'évaluation des clients afin de cerner de façon plus précise et plus exacte leurs problèmes d'abus et d'autres problèmes associés. Une évaluation plus raffinée et plus valide des toxicomanes permet une orientation plus juste et plus individualisée ou si l'on veut un appariement approprié avec les services offerts, solution qui, à la lumière des connaissances actuelles, apparait comme la voie à explorer afin d'augmenter l'efficacité des services de réadaptation. Le réseau ontarien a ouvert cette voie en mettant sur pied un ensemble de 25 centres spécialisés en évaluation clinique des toxicomanes. Quoiqu'en disent Miller et Hester, les pratiques organisationnelles des établissements de réadaptation se transforment quand même un peu.

6.3 PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT ET RECOMMANDATIONS

Au sujet des services de réadaptation

Un examen des orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes (56) permet de constater que les principes retenus pour guider les développements de services dans ce secteur sont cohérents en regard des enseignements que l'on peut retirer de la littérature évaluative; ces principes sont l'intervention en milieu naturel, le caractère biopsychosocial de l'usage des psychotropes, le respect de modèles de consommation appropriés pour chaque consommateur et la participation de bénévoles et de groupes d'entraide. Ces principes confirment en quelque sorte les alignements récents pris par le réseau de la réadaptation des toxicomanies.

Depuis 1984-85, les services externes, du moins dans le réseau des centres de réadaptation, ont nettement le vent dans les voiles; dans ce type d'établissements, deux-tiers des clients sont traités à l'externe au cours de l'année 1988-1989. Les informations fournies par l'enquête de Brochu et al. précisent qu'une proportion de 78 % des ressources publiques offrent des services externes. Le développement des services externes a permis d'améliorer la collaboration entre les établissements du réseau, en l'occurrence avec certains C.L.S.C. qui servent de points de services; l'amélioration des services externes permet aussi une meilleure accessibilité aux services. Des ajouts de services ont été effectués ou encore sont présentement en préparation pour desservir la clientèle des jeunes.

Pourtant, il reste encore des éléments à consolider et beaucoup d'autres éléments à développer afin que le réseau québécois permette réellement un ajustement individualisé, entre les besoins des toxicomanes et les alternatives dans l'intervention. Des services non résidentiels (services à l'externe, traitement intensif de jour,etc.,) devraient être disponibles et offerts par tous les établissements publics de réadaptation en toxicomanie, dans leurs locaux ou par des ententes de services. Nous n'avons pratiquement pas d'information quant à la ventilation des services internes et externes en différents programmes ou modalités de traitement; quelques établissements offrent une gamme de possibilités à l'intérieur des deux grandes modalités de services, mais cela ne semble pas généralisé à la lumière des informations que nous avons présentement. Les ressources intermédiaires sont en quelque sorte quasi inexistantes, si ce n'est quelques foyers de groupe ou quelques familles d'accueil. Trop souvent encore, le choix d'un traitement se situe entre deux pôles dichotomiques: les services résidentiels avec un séjour de 21 à 28 jours ou des services externes qui comportent quelques rencontres individuelles ou de groupe s'échelonnant sur quelques mois. Les programmes spécialisés s'adressant à des clientèles spécifiques ne sont pas très nombreux, et là où ils existent, ces spécialisations se concentrent sur les adultes masculins et alcooliques, clients paraissant très bien desservis par ce réseau. Les approches thérapeutiques paraissent diversifiées, mais les méthodes d'intervention sont nettement plus uniformes; la psychothérapie individuelle est la technique d'intervention dominante auquelle se greffent la thérapie de groupe, l'information sur la consommation de psychotropes et les groupes d'entraide.

L'enquête de Brochu révèle que les établissements se perçoivent comme capables à eux seuls de répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle toxicomane; il ne faut donc pas se surprendre du peu de références entre les ressources, même dans la région montréalaise où pourtant l'on observe certains particularismes des centres de réadaptation, mais pas de spécialisation explicite si ce n'est pour la clientèle itinérante. On observe pas non plus de services communs et partagés entre les établissements de ce réseau, comme un service d'urgence téléphonique pour les clients en traitement ou en suivi.

Découlant de notre connaissance des services actuellement dispensés pour réadapter les toxicomanes et de la littérature évaluative tant québécoise qu'internationale, **nous formulons les recommandations suivantes**:

1) Encore trop souvent, on a l'impression que la réadaptation des toxicomanies constitue une intervention de bout de piste. Lors du premier dossier sur la prévention*, nous avions remarqué qu'il n'y avait pas vraiment de dépistage des clientèles qui se caractérisent par une consommation de psychotropes qui pourrait devenir problématique, et que l'intervention précoce constituait un niveau d'intervention très peu développé au Québec; seuls quelques C.L.S.C., ou intervenants de première ligne s'y risquent, mais cela constitue un comportement exceptionnel. Comment, dans un tel contexte, empêcher que les consommateurs à risques ne se retrouvent avec un problème sérieux de toxicomanie sur les bras?

   Une très grande majorité des intervenants de première ligne considèrent l'intervention en toxicomanie comme une spécialité où ils se sentent démunis et non réellement autorisés ou encouragés à intervenir. Ils interviennent sur des cas d'inceste, de suicide ou autre problème psycho-social majeur, mais se sentent dépourvus dans les cas de toxicomanie. **Il faudrait modifier cette attitude et leur fournir des moyens pour leur permettre d'intervenir à leur niveau: un outil structuré pour faciliter le dépistage, des notions sur les clientèles à risques, l'intervention précoce et une connaissance des ressour-**

---

* CLAIRE CHAMBERLAND / MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie - Dossier 1: la prévention, Québec, Direction de l'évaluation, 1990.

ces auxquelles il est possible de se référer lorsque le problème nécessite un traitement plus spécialisé. À cet égard, une formation sur mesure devrait être conçu et proposée aux intervenants de première ligne (centre hospitalier, C.L.S.C., etc.,). Le développement et la diffusion de certains outils, par exemple sur le dépistage, leur faciliteraient l'appropriation de ce secteur d'intervention et éviteraient certains excès de bonne volonté qui pourraient ressembler à une chasse aux sorcières. Il faut penser qu'il y a plusieurs portes d'entrée et que les toxicomanes qui demandent de l'aide ne sont peut-être pas au courant des rôles et fonctions officielles dévolues aux différents intervenants par le Ministère.

2) Même si depuis quelques années, le réseau de réadaptation a accompli des progrès immenses pour s'ajuster à l'ensemble des besoins de la clientèle en développant des services plus souples, plus légers que sont les services non résidentiels, il reste un travail de consolidation à accomplir. Les intervenants du réseau de réadaptation en toxicomanie ont encore très souvent l'impression d'être obligés de tout faire: de la prévention jusqu'à la réadaptation auprès des clientèles les plus lourdes. D'un côté, on doit donc bâtir et mettre en application un ensemble de stratégies de prévention en toxicomanie comme nous venons de proposer, et de l'autre, on doit amorcer une réflexion sur le monopole du réseau de réadaptation dans l'intervention en toxicomanie. Qu'est-ce au juste que l'ensemble des intervenants de première ligne doivent faire: se limiter au dépistage et à la référence? Jusqu'où doit-on aller dans les interventions précoces et dans les services psychosociaux courants offerts aux consommateurs de psychotropes? Le réseau de réadaptation doit-il assurer seul la réadaptation de tous les types de clients, quelles que soient la sévérité de leurs problèmes de toxicomanie et les spécificités des problèmes associés? Ne serait-il pas normal que se développent certaines collaborations et complémentarités dans ce domaine comme cela se fait présentement dans d'autres domaines où l'on réinsère les clientèles dans les milieux naturels? **Ces éléments devraient être clarifiés conjointement par les différents partenaires afin que les uns et les autres sachent plus clairement les types de prises en charge qu'il doivent mutuellement ou spécifiquement assumer et les parties du processus de réadaptation dans lesquelles ils ont un rôle à jouer.** L'utilisation d'un plan de services individuali-

sés ou encore mieux du "case management" (voir lexique pour la définition de ces alternatives) pourrait conduire à une telle clarification par la force empirique des choses, c'est-à-dire la nécessité de résoudre les problèmes quotidiens d'intervention.

3) A la lumière de la littérature évaluative, il est **difficile de justifier le maintien d'une approche unique et monolithique** - que celle-ci soit les Alcooliques Anonymes, l'approche médicale, l'approche de psychothérapie individuelle, de groupe ou l'approche familiale-, et l'utilisation massive d'une seule méthode thérapeutique. **Cette diversité ne doit pas seulement exister en termes d'approches mais aussi de modalités de traitement, et de méthodes thérapeutiques et d'objectifs visés par un traitement**. Afin de réaliser une telle diversité, tous savent maintenant qu'il faut recourir à des solutions légères, souples et polyvalentes en milieu naturel; mais cela ne se réalise pas pour autant. Les solutions doivent être pensées en fonction de besoins particuliers et cela nécessite une grande souplesse ainsi que plus de variétés régionales et sous-régionales dans les diverses solutions qui sont essayées. Le développement d'une telle diversité dans les services doit cependant être planifié régionalement si l'on veut éviter l'éparpillement et l'absence de lignes directrices. Cette diversification peut toujours se réaliser dans le cadre d'un seul établissement, mais elle est encore plus facilement envisageable dans une optique régionale; cette dernière éventualité présuppose toutefois une bonne articulation de la collaboration entre les établissements, que ceux-ci travaillent en désintoxication, traitement ou suivi, qu'ils soient du public ou du privé, ou du communautaire (privé sans but lucratif). La diversification devrait tenir compte de l'ensemble des ressources disponibles: le privé, le communautaire, le public de première ligne et le public spécialisé en toxicomanie.

Au Québec, le débat se pose encore trop souvent en termes globaux et dichotomiques, entre le développement de services internes ou de services externes, entre le financement du public et la consolidation du privé. Les services intermédiaires sont pratiquement inexistants de même que les services s'adressant à des clientèles spécifiques, comme les jeunes ou les femmes (chacune de ces clientèles ayant elle-même des besoins diversifiés). Il est cer-

tain que l'on doive **développer l'utilisation des services externes pour réadapter la clientèle toxicomane**, ces services se révélant un choix plus économique et tout aussi efficace que les services internes pour une bonne partie de la clientèle; il est cependant aussi **nécessaire de mettre sur pied une gamme de services intermédiaires**, les possibilités offertes permettant une plus grande capacité de réponse à la diversité des besoins de la clientèle et un recours moins fréquent aux services internes, de moyenne et longue durée. Une gamme de services intermédiaires comprennent des foyers de groupe pour certaines clientèles, des centres de dégrisement, des maisons de transition et de dépannage, un service téléphonique pour les cas d'urgence et de crise (ouvert en dehors des heures de bureau, i.e.le soir, la nuit et la fin de semaine, etc.,). Ces services pourraient même être partagés par un ensemble d'établissements ou même de clientèles.

4) **L'implantation d'un projet-pilote** où l'on applique **le "case-management"** à la réadaptation des clientèles toxicomones serait hautement pertinente. En effet, le "case management" offre l'avantage de mettre un incitatif financier relatif à la réalisation de certains objectifs visés dans ce secteur: l'individualisation des services en fonction des besoins et le développement d'une gamme de services appropriés aux besoins individuels qui ne sont pas couverts par les services actuels.

5) Des lacunes dans la continuité des services entre la désintoxication et le traitement d'une part, et entre la réadaptation et le suivi d'autre part sont à noter. On sait qu'une désintoxication sans aucun service par la suite n'est pas d'une très grande utilité pour le bénéficiaire concerné; on sait aussi qu'un suivi aprés un traitement de réadaptation est nécessaire pour stabiliser les progrès obtenus en cours de traitement. Il est important **d'améliorer la concertation entre les différents niveaux d'intervention** et entre les différents types d'intervenants pour améliorer l'efficacité du processus global de l'intervention de réadaptation. La **continuité des services** lors des références entre les établissements et lors des suivis des clientèles est un préalable à l'efficacité.

6) La précision des besoins pour chaque client toxicomane devient une étape décisive et nécessaire en regard de l'objectif d'une individualisation des services par rapport aux besoins particuliers de chacun. Une évaluation clinique systématique et plus raffinée permet alors de mieux préciser ces besoins. L'utilisation de tests standardisés pour l'évaluation clinique augmente la fiabilité et l'uniformité des données recueillies sur les clients. Au Québec, nous avons vu qu'une majorité d'établissements évalue systématiquement ses clients avec des instruments maison, principalement des schémas d'entrevue structurée. Certains établissements ont commencé à utiliser des instruments standardisés et scientifiquement validés. Cependant, il est **souhaitable d'encourager le partage des mêmes instruments standardisés pour l'évaluation clinique ou une partie de celle-ci afin de permettre une meilleure comparabilité des données recueillies sur les clients et peut-être de faciliter les références entre les ressources.**

La sophistication, le raffinement et la standardisation de l'évaluation clinique ne sont guère utiles s'il n'y a aucune alternative réelle de services à offrir, ou d'alternative dans les approches d'intervention utilisées. Dans ce cas, la documentation standardisée de l'évaluation clinique deviendrait une technocratisation inutile de la pratique des intervenants dans ce secteur. L'utilisation d'outils permettant une individualisation de l'orientation dans les services offerts ne devient fonctionnelle que si de réelles alternatives existent dans le choix des services ou des approches d'intervention; les **outils ne sont que des moyens permettant une meilleure adéquation des services aux besoins diversifiés** en réadaptation des clients toxicomanes et ne doivent **pas devenir des fins à poursuivre en soi.**

7) **Une réflexion sur la désintoxication doit être réalisée et certaines orientations doivent être précisées afin de guider les services actuels et les développements potentiels.** Qui a **réellement** besoin d'une désintoxication médicale? Celle-ci doit-elle se faire obligatoirement à l'hôpital, en milieu résidentiel? Quand peut-elle être faite en milieu naturel? Par qui la surveillance médicale est-elle nécessaire? Et lorsqu'elle est considérée nécessaire, est-il possible qu'elle soit assumée par les médecins des cliniques privées ou des C.L.S.C.,ce qui rendrait possible des désintoxications sous

surveillance médicale en milieu naturel? Ne pourrait-on pas établir une procédure type pour la désintoxication pratiquée à ces endroits? Comment peut-on établir des liens plus étroits entre la désintoxication et le traitement de réadaptation puisque nous savons que de tels liens sont nécessaires pour que la désintoxication ait un effet durable?

8) Le développement de services externes ou des traitements intensifs de jour et la création de nouveaux points de services ou la négociation d'entente avec les C.L.S.C. pour l'utilisation de leurs locaux comme point de services a permis d'améliorer l'accessibilité des services de réadaptation offerts aux toxicomanes, particulièrement en milieu rural. Compte tenu de l'absence actuelle de données sur les caractéristiques cliniques et socio-économiques des clientèles, il est extrêmement **difficile de vérifier l'accessibilité de certaines clientèles** comme celles des polytoxicomanes, ou des autochtones, ou des allophones. La localisation des aires pathologiques diagnostiquées sur l'Île de Montréal devraient être considérée dans le développement des nouveaux points de service par les établissements montréalais.

9) Certaines caractéristiques des toxicomanes en réadaptation, comme le taux élevé de sans emploi, suggèrent que des **pistes d'intervention spécifiquement reliées à ce problème pourraient être explorées**. Ces nouvelles pistes d'interventions devraient être appliquées prioritairement **aux femmes et aux jeunes toxicomanes**. Nous recommandons que le réseau actuel développe des **ententes de service** avec les établissements ayant une expertise en formation professionnelle afin que ceux-ci fournissent des services appropriés aux toxicomanes sans emploi.

Au sujet du développement de la fonction évaluative

Présentement, il n'existe toujours pas d'information fiable et détaillée sur les services dispensés par le réseau public de réadaptation en toxicomanie(type et fréquence des services et profils des clientèles desservies). Il n'est pas possible par exemple de comparer la clientèle qui vient demander des services de réadaptation et les données épidémiologiques sur la population en général. Il n'est pas possible non plus de comparer les données de différents établisse-

ments relativement aux caractéristiques des clientèles de ces établissements, ni de dresser un portrait provincial des problèmes des toxicomanes ou d'en suivre l'évolution depuis quelques années; ces données existent dans les établissements, mais elles ne sont pas toujours comparables .

Le M.S.S.S. et les C.R.S.S.S. peuvent difficilement se passer de ces données minimales sur les services de réadaptation et la clientèle desservie pour effectuer des choix d'orientation ou de programmation provinciale ou régionale. Sans de telles données, les décisions ne peuvent se prendre qu'en fonction de perceptions subjectives qui pourraient parfois se révéler non fondées. **Un système d'information sur la clientèle toxicomane réadaptée apparaît donc comme un moyen nécessaire afin de recueillir régulièrement des informatinons quant à l'évolution de la situation touchant les profils des problèmes des clientèles et les services qu'elles reçoivent.** La connaissance des services dispensés à la clientèle nous permettra de mieux saisir la pertinence et la suffisance de la gamme de services existants en regard de la diversité des besoins des toxicomanes. De plus, une connaissance plus à jour des problèmes des clients permettra aux intervenants de s'ajuster plus rapidement et plus adéquatement en regard de l'évolution des besoins de la clientèle. En bref, cet outil servira de base de données démographiques sur la clientèle, de base de données cliniques et même de noyau initial de données évaluatives. Il apportera aussi les éléments déclencheurs permettant une réflexion sur l'intervention pour les intervenants. **La conception de ce système d'information est largement amorcée et il importe de poursuivre l'expérimentation et la mise en place de cet outil.** Cet outil d'information doit être implanté dans les centres d'accueil de réadaptation et dans les unités de toxicomanies des centres hospitaliers de courte durée, mais il devrait aussi éventuellement être utilisé, au moins partiellement, dans les centres privés de réadaptation auprès desquels le Ministère aura émis des permis.

La recherche évaluative québécoise est encore assez générale ou globale. Les questions auxquelles on a cherché à répondre jusqu'à maintenant, portait sur les résultats positifs ou non d'un traitement. Il n'existe pas encore de recherches sur l'appariement (c'est évident puisqu'il n'y en a pas dans les pratiques québécoises), pas de recherches sur les polytoxicomanes et sur la meilleure façon

de les traiter, sur les types de suivi les plus efficaces pour la stabilisation des acquis, sur le support social des toxicomanes (le naturel et l'institutionnel) et leur influence sur les résultats positifs ou négatifs de la réadaptation. Il semble que l'on n'en soit pas encore vraiment arrivé à une étape de questionnements aussi nuancés. Il faut préciser qu'il y a encore des besoins importants en information de base. En regard des besoins du Ministère et des orientations à privilégier dans ce domaine, les sujets suivants devraient être documentés prioritairement à des fins évaluatives:

- une **description des différentes approches thérapeutiques et méthodes thérapeutiques utilisées par les intervenants québécois dans les centres de réadaptation** en toxicomanie et **les unités de toxicomanie dans les C.H.S.C.D.**, auxquels on pourrait peut-être aussi ajouter le secteur privé. Cette description devrait nous permettre de dresser un tableau des méthodes et approches privilégiées par type d'intervenant, type d'appartenance organisationnelle de ces intervenants et type de dynamique régionale. Ce tableau apparaît d'ailleurs important en vue d'une meilleure individualisation des services;

- une **description comparative des clientèles des hôpitaux**: il faudrait connaître les spécificités cliniques et sociodémographiques de clientèles par rapport aux clientèles traitées dans les C.R.T. en toxicomanie. Il s'agit d'une clientèle sur laquelle nous avons peu d'informations récentes étant donné le petit nombre d'évaluations réalisées dans ces établissements au cours des dernières années;

- une **évaluation en bonne règle des services de désintoxication** en ce qui a trait à l'accessibilité et la continuité de ces services, de leur efficacité et des conditions de celle-ci. On pourrait y examiner le suivi des services après une désintoxication selon les milieux où elle se réalise, ainsi que le taux de retour en désintoxication ou en traitement de réadaptation en fonction de certaines variables.

Ce n'est qu'après avoir obtenu cette documentation de base que l'on pourra aborder des questions d'évaluation plus sophistiquées et aussi plus complexes comme

celles-ci: l'efficacité différentielle des trajectoires de soins (les diverses portes d'entrée et les parcours adoptés par les toxicomanes) et les divergences ou non dans les modifications qu'elles entrainent sur les styles de vie; il s'agirait ici d'envisager le traitement comme un processus à long terme - plutôt que seulement comme une épisode de service dont il faut déterminer le succès- et analyser les transformations, tant les modifications concrètes et quotidiennes que les modifications conceptuelles, dans le mode de vie des toxicomanes tout au long d'un tel processus d'intervention. On pourrait aussi aborder le problème de l'intervention auprès de clientèles spécifiques, comme les jeunes, les femmes, les cocaïnomanes,...

En tous les cas, **l'évaluation ou la recherche évaluative** doivent être utiles à l'amélioration des services existants. Dans ce secteur, **la question de base** sur laquelle des réponses sont attendues, est la suivante: le traitement de réadaptation provoque une amélioration de quoi? La réponse à cette question implique des informations sur la nature des changements que l'on peut constater suite à un traitement et la durée de ces changements. La littérature évaluative démontre que le traitement produit une modification non seulement de la consommation, mais aussi d'autres dimensions telles la santé mentale, les tendances suicidaires, les relations avec l'entourage, en bref sur différents indicateurs des dimensions du fonctionnement personnel psychologique et social.

Une autre question est toutefois aussi présente dans ce domaine: le traitement de réadaptation provoque une amélioration par rapport à quoi? Les résultats d'un traitement doivent être interprétés à la lumière des différences dans les profils cliniques et socio-économiques des clients. Ces profils agissent comme des déterminants sur les résultats d'un traitement et il est donc certain que les évaluations réalisées devraient les spécifier pour qu'il soit possible de resituer la nature et la durée des changements constatés dans un contexte qui permet de les interpréter plus justement. Par exemple, les modifications constatées dans une population toxicomane d'itinérants, devraient différer de celles qui ont été observées chez des toxicomanes non itinérants. Tout comme le traitement pour les personnes toxicomanes tient compte de leurs particularismes afin d'établir une stratégie de réadaptation, les indicateurs de résultats de ces traitements devraient aussi en faire autant. Un groupe de contrôle peut aussi

permettre d'expliquer certains phénomènes intéressants; lors d'une évaluation aux États-Unis sur le traitement de jeunes toxicomanes (adolescents entre 13 et 17 ans), on avait constaté des résultats positifs suite au traitement, mais le groupe contrôle a permis de constater que les modifications positives étaient aussi observables dans le groupe contrôle chez les adolescents non traités.

CONCLUSION

À la suite de cette recension de la littérature évaluative québécoise dans le secteur de la réadaptation des toxicomanies, nous sommes en mesure de suggérer quelques pistes de réflexion ou de développement pour l'intervention de la réadaptation en toxicomanie, de même que pour la fonction évaluative dans ce secteur.

Contrairement au secteur de la prévention en toxicomanie qui est un dossier en phase de démarrage, le secteur de la réadaptation se caractérise par plus de vigueur et de dynamisme. Il nécessite toutefois une consolidation et une maturation qui conduira vers une plus grande souplesse des services en regard des besoins de la clientèle. Le développement de la fonction évaluative aux divers niveaux organisationnels dans ce domaine, est un des outils qui pourrait permettre d'acquérir une telle maturation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) ANNIS H., "Is alcoholism treatment effective?" in Science, 1987, 236: 20-24.

(2) ARNAO G., "Le coût de la bureaucratie dans la guerre à la drogue" in Psychotropes, 1989, V, 1-2: 83-88.

(3) BARIL R., Inventaire des services offerts en alcoolisme-toxicomanie et portrait de la clientèle utilisatrice des services de réadaptation externe et de désintoxication, Rouyn-Noranda, Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1988, 99 p. et annexes.

(4) BOIVIN D., LAFORGE H., HARDY J., Identification de facteurs de pronostic de rechute en récupération chez les alcooliques: étude de sujets traités au département de toxicomanie de l'Hôpital St-François d'Assise, Recherche subventionnée par le CQRS, Québec, Hôpital St-François d'Assise et Centre de recherche Université Laval-Robert-Giffard, 1990, 37 p.

(5) BRASSARD S., Le vécu des "12-17 ans" des régions Laurentides et Lanaudière sur l'usage des drogues, Joliette, Département de santé communautaire de Lanaudière, 1989, 117 p.

(6) BROCHU S., Évaluation à l'aide de dossiers, Texte présenté à la conférence annuelle de la Société canadienne d'évaluation, Montréal, Société canadienne d'évaluation, 1988, 10 p.

(7) BROCHU S., Planification stratégique 1988-1993, rapport remis à la direction des services professionnels du Centre Domrémy-Montréal, Rapport technique V, Montréal, Centre d'accueil Domrémy-Montréal, 1987, 82 p.

(8) BROCHU S., La situation de la recherche en alcoolisme et en toxicomanie au Québec, Montréal, Université de Montréal, 1987, 13 p.

(9) BROCHU S., BOUDREAULT L., BELLEY H., Étude portant sur les ressources de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies au Québec, Étude subventionnée par l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec, Montréal, Université de Montréal, École de criminologie, 1987, 98 p. et annexes.

(10) BROCHU S., PROULX R., CORMIER D., STROBEL M., "Évolution du sens des responsabilités sur sa vie chez l'alcoolique au cours d'un traitement psychosocial dispensé à Domrémy-Montréal" in Revue Québécoise de Psychologie, 1983, 4, 2: 23-39.

(11) CAHALAN D., Understanding America's Drinking Problem - How to combat the hazards of alcohol, San Francisco CA, Jossey-Bass Inc., 1987, 234 p.

(12) CARLE G., Quelques resultats de la recherche du Pavillon Jellinek, Colloque de l'AITQ, Montreal, Association des Intervenants en Toxicomanie du Quebec, 1987, p.

(13) CARLE G., Les primeurs de la recherche du pavillon Jellinek, Quatrième seminaire de la Fondation Jellinek, Hull, Pavillon Jellinek, (1987), 30 p.

(14) CARRIER G., La toxicomanie juvenile dans la region 03: elements de planification, Quebec, Centre de Services sociaux de Quebec, 1986, 154 p.

(15) CENTRE D'ACCUEIL DOMRÉMY-MONTRÉAL, Analyse descriptive de la clientele de Domremy-Montreal, Projet, Montreal, Centre d'accueil Domremy-Montréal, 1987, 46 p.

(16) CENTRE D'ACCUEIL DOMRÉMY-MONTRÉAL, Memoire de Domrémy Montreal sur le rapport Tri-con-ther-alc, Montreal, Centre d'accueil Domrémy-Montréal, 1982, 55 p.

(17) CENTRE DE RÉADAPTATION POUR ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, Liens entre clientèle, traitement et resultats au Pavillon Jellinek, Rapport exécutif du rapport de recherche présente au Conseil quebecois de la recherche sociale, (projet no. RS-933A84), Hull, CQRS, 1987, 129 p.

(18) CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES SALINE, Évaluation du programme "toxicomanies" sur le territoire de la M.R.C. Pabok, Chandler, CLSC Saline, 1987, 10 p.

(19) CLARKSON M./MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Enquête canadienne sur la promotion de la sante, description des donnees québécoises, Quebec, Service des études socio-sanitaires, 1987, 174 p., (Collection Études de sante).

(20) COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA RÉORGANISATION DES SERVICES AUX ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES, Rapport du Comite de travail sur la réorganisation des services aux alcooliques et autres toxicomanes de la région 05: synthèse du rapport final, Sherbrooke, CRSSS de l'Estrie, 1985, 50 p.

(21) COMITÉ RÉGIONAL EN ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES, Élements de réflexion sur la problematique de la consommation de drogues chez les adolescents et jeunes adultes de la région de Montréal métropolitain, Montréal, CRSSS de la région de Montréal métropolitain, 1983, 59 p. et annexes.

(22) CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, Plan de service sur l'usage et l'abus des psychotropes chez les jeunes de la Côte-Nord, Hauterive-Baie-Comeau, CRSSS de la CôteNord, 1989, 123 p.

(23) CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE TROIS-RIVIÈRES, Plan d'organisation des services en alcoolisme et toxicomanie de la région 04, Trois-Rivières, CRSSS de Trois-Rivières, 1988, 48 p.

(24) CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, Plan régional de services en alcoolisme et autres toxicomanies (region 01), Rimouski, CRSSS de la Gaspésie et du Bas St-Laurent, 1988, 86 p.

(25) CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, État de situation et recommandations sur les services de prévention, de désintoxication et de readaptation en toxicomanie dans la région 03, Québec, CRSSS de Québec, 1987, 93 p. et annexes.

(26) CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, Le modele d'organisation des services en alcoolisme et autres toxicomanies en Estrie, Sherbrooke, CRSSS de l'Estrie, 1987, 186 p.

(27) CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, Plan d'organisation des services en alcoolisme et toxicomanie de la région de la Montérégie, Longueuil, CRSSS de la Montérégie, 1984, 94 p.

(28) CORMIER D., Abstinence, boire contrôlé, boire réflechi - Les objectifs de l'intervention auprès des alcooliques, Montréal, Université de Montréal, Département de psychologie, 1988, 265 p.

(29) CORMIER D., BROCHU S., LANDRY M., STROBEL M., "Baisse de l'anxiété de l'alcoolique lors d'un traitement psychosocial dispensé à Domrémy-Montréal" in Revue Québécoise de Psychologie, 1983, 4, 1: 88-106.

(30) DONGIER M., "Le pour et le contre du rôle de l'institution dans le traitement de l'alcoolisme" in CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE, Actes du colloque sur la recherche sociale 1982, Colloque tenu le 12 mai 1982 dans le cadre du 50ème congrès de l'ACFAS, Montréal, CQRS, 1982, p. 7-17.

(31) DONGIER M., ENGELMANN F., GROSLOUIS Y., GERVAIS M., "Résultats à long terme du traitement de l'alcoolisme en institution spécialisée" in Psychotropes, 1983, 1, 2: 65-70.

(32) DONGIER M., ENGELSMANN F., GROSLOUIS Y., GERVAIS M., Résultats à long terme d'un centre de traitement de l'alcoolisme, Rapport final, recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale, Sainte-Anne-des-Monts, Hôpital des Monts, Unité de réadaptation en alcoologie et toxicomanies, 1983, 70 p.

(33) EMOND L., PROVOST M., LEPAGE C., Le taux de récidive des bénéficiaires du Centre de réadaptation de la Montérégie, point de service Longueuil, Rapport de recherche dans le cours d'initiation à la recherche sociale II donné par André Piérard, Montréal, Université du Québec à Montréal, Département de sociologie, 1987, 46 p.

(34) FOURNIER L., MERCIER C., Rapport de recherche présenté au Comité spécial de la direction générale du CSSSRMM pour les personnes itinérantes, Tome I, Montréal, Conseil de la Santé et des Services sociaux du Montréal métropolitain, 1989, 92 p.

(35) GRENIER M., Recherche sur l'efficacité des services externes du Centre N.A. Labrie 1974-1981, Baie-Comeau, Centre N.A. Labrie, 1983, 65 p.

(36) HOGGINS S., MORISETTE P., "L'alcoolisme chez les femmes" in Service social, 1983, 32, 1-2: 274-295.

(37) LABRIE G., TREMBLAY M.A., "Études psychologiques et socio-culturelles de l'alcoolisme: inventaire des travaux disponibles au Québec depuis 1960" in Toxicomanes, 1977, 1, 2: 85-125.

(38) LAFOREST L., MERCIER-TREMBLAY C., LAHAIE-DESROCHERS M., Recherche sur la performance et les caractéristiques organisationnelles de trois contextes thérapeutiques en alcoologie et recommandations, Rapport final, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine, 1983, 139p.

(39) LAMARCHE P., Planification stratégique 1988-1993, diagnostic interne, Rapport technique III, Montréal, Centre d'accueil Domrémy-Montréal, 1987, 30 p.

(40) LAMARCHE P., Planification stratégique 1988-1993, sommaire de l'étude sur la satisfaction des bénéficiaires, Rapport technique II, Montréal, Centre d'accueil Domrémy-Montréal, 1987, 9 p.

(41) LANDRY M., Planification stratégique 1988-1993, Rapport technique VII, Montréal, Centre d'accueil Domrémy-Montréal, 1987, 23 p.

(42) LAPIERRE L., "La consommation des psychotropes au Québec et au Canada: profil statistique" in Sous la direction de P. BRISSON, L'usage des drogues et la toxicomanie, Montréal, Gaétan Morin éditeur, 1988, p. 91-101.

(43) LAVOIE A., Les problèmes de santé prioritaires, une perspective épidémiologique, Montréal, Agence D'Arc Inc., 1987, 124 p.

(44) LEHMANN F., LAUZON P., Rapport sur la narcomanie et son traitement avec la méthadone présenté à la Commission de sécurité publique de la Communauté urbaine de Montréal, Montréal, CLSC centre-sud, 1986, 17 p.

(45) LETTRE M., Programme psychothérapeutique de groupe pour la femme handicapée par l'usage d'un psychotrope, Québec, Hôpital St-François d'Assise, 1986, 47 p.

(46) MARKOWSKI F., Portrait des ressources et services en toxicomanie sur le territoire du DSC de l'Hôpital de Chicoutimi, Chicoutimi, Hôpital de Chicoutimi, Département de santé communautaire, 1987, 49 p.

(47) MÉNARD P., Santé mentale dans les MRC d'Avignon et de Bonaventure volet "toxicomanie", Matapédia, CLSC Malauze, 1989, 214 p.

(48) MERCIER C., L'an "un" de la maison l'Invitée - 1 - Description de la clientèle, Montréal, Centre d'accueil Préfontaine, 1988, 31 p.

(49) MERCIER C., La maison l'Invitée - une description sommaire des effets auprès de la clientèle, Montréal, Centre d'accueil Préfontaine, 1988, 17 p.

(50) MERCIER C., "L'évaluation du traitement pour les femmes: sortir l'impasse" in L'intervenant, 1986, 3, 3: 12-13.

(51) MERCIER C., L'approche psychosociale dans le traitement de la toxicomanie, Montréal, Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec, 1985, 58 p.

(52) MERCIER C. BROCHU S., "Résultats de l'évaluation du traitement en alcoolisme" in BRISSON P., L'usage des drogues et la toxicomanie, Montréal, Gaetan Morin éditeur, 1988, p. 451-469.

(53) MERCIER C., BEAUDOIN C., Programme pour femmes itinérantes: étude d'impact sur les services d'urgence, Étude préliminaire, Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, 1989, 45 p.

(54) MILLER W.R., Treating addictive behaviors - Processes of change, New York, Plenum press, 1986.

(55) MILLER W.R., ed., The addictive behaviors, treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity, Oxford, Pergamon Press, 1980, 353 p.

(56) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes, Document de consultation, Québec, MSSS, 1988, 73 p.

(57) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Données sur les activités des unités de soins infirmiers de jour 1986-87, Québec, MSSS, Direction des systèmes d'information, 1988, (210 p.).

(58) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1, Québec, Les publications du Québec, 1988, 337 p.

(59) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC, Répertoire des ressources en toxicomanie au Québec, Québec, MSSS, Service des programmes aux personnes toxicomanes, 1987.

(60) NADEAU L., MERCIER C., BOURGEOIS L., Les femmes et l'alcool en Amérique du nord et au Québec, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1984, 180 p., (Monographies de psychologie 2).

(61) OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT, Effectiveness and costs of alcoholism treatment, Health Technology Case Study 22, Washington, U.S.Department of Commerce, 1983, 75 p. et annexes.

(62) OSBORNE A.C., RUSH B.R., DURJER D.M., "The development of community-based treatment systems" in British Journal of Addiction, (s.d.), 84, 4: 363-367.

(63) PATTISON E.M., "Diagnosis of alcoholism in relation to treatment and outcome" in NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE ON ALCOHOLISM, Prevention, intervention and treatment: concepts and models, Alcohol and Health monograph no3, Washington, U.S.Department of Health and Human Services, 1988, p. 89-123.

(64) PÉLADEAU N., Analyse d'impact du programme de suivi communautaire de la maison l'ÉCLUSE, Montréal, Centre hospitalier Douglas, Unité de recherche psychosociale, 1988, 44 p.

(65) PROULX L., Planification stratégique 1988-1993, distribution géographique de la clientèle, Rapport technique VI, Montréal, Centre d'accueil Domremy-Montréal, 1987, 94 p.

(66) RUSH B., BROCHU S., Treatment services and drug abuse in Ontario and Quebec: a comparison of provincial surveys, Montreal, University of Montreal, School of Criminology, 1990, 24 p., (Soumis pour publication).

(67) SINYOR D., BROWN T., ROSTANT L., SERACANIAN P., "The role of a physical fitness program in the treatment of alcoholism" in Journal of Studies on Alcohol, 1982, 43, 3: 380-386.

(68) VERVILLE L., Planification stratégique 1988-1993, étude descriptive de l'attrition de la clientèle de Domremy-Montréal, Rapport technique VIII, Montréal, Centre d'accueil Domremy-Montréal, 1987, 50 p.

(69) VILLENEUVE C., Portrait qualitatif de la consommation des drogues, alcool et autres produits toxiques chez les 12-30 ans de la région de l'amiante, Volet I- Profil statistique, Thetford Mines, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), 1989, 201 p.

(70) VILLENEUVE C., Portrait qualitatif de la consommation des drogues, alcool et autres produits toxiques chez les 12-30 ans de la région de l'amiante, Volets II et III- Perceptions des jeunes et des intervenants jeunesse, Thetford-Mines, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), 1989, 200 p.

(71) WELIK R., ENGELSMANN F., Effects of the therapeutic community form of treatment on drug addicts, Montréal, Centre de réadaptation LE PORTAGE, 1985, 75 p.

ANNEXE 1
LA NOTION D'ÉVALUATION

Intuitivement, la notion d'évaluation a plusieurs significations. Mais toutes comportent essentiellement la dimension de jugement ou de bilan d'un comportement ou d'une action. Mais alors, tout acteur social ne fait-il pas sa propre évaluation d'une situation dans laquelle il est engagé à partir de la connaissance qu'il a de cette situation et d'une série de critères développés par lui? L'évaluation peut se présenter sous un degré de formulation et de systématisation plus élevé et renvoie alors à diverses formes plus facilement observables et repérables. Ces diverses formes sont présentes dans plusieurs domaines entièrement différents: par exemple, l'évaluation d'élèves à la suite d'un cours ou d'un programme scolaire, l'évaluation du rendement du personnel dans une entreprise, l'évaluation des coûts à la suite d'un sinistre ou d'un accident, l'évaluation d'une conjoncture politique en prévision d'une intervention, l'évaluation du fonctionnement d'un certain modèle d'intervention sociale,... Toutes ces formes comportent une dimension de jugement qui se rapporte à la fois à une connaissance de la situation à juger et à l'utilisation d'une série de critères autant subjectifs qu'objectifs servant à poser le jugement. La présence de critères subjectifs n'est pas toujours aisément distinguée, ni distinguable de l'utilisation de critères objectifs. Cette dimension jugement ne s'avère pas être très discriminante. À cause de cette faiblesse de pouvoir discriminant, nous nous sommes référés à la littérature évaluative afin de préciser davantage notre notion d'évaluation.

Historiquement, cette notion d'évaluation, n'a pas toujours été constante et a évolué au fil des ans. Guba et Alkin (1, 2) retracent trois grandes définitions de cette notion à travers l'histoire de l'évaluation. Une première définition, historiquement la plus ancienne, identifie évaluation et mesure; l'évaluation est clairement associée à l'utilisation d'une méthodologie de recherche ou de l'arsenal des techniques de recherche, principalement celles qui sont quantitatives. L'évaluation ne peut alors être que recherche évaluative, les données devenant la matière même sur laquelle repose le jugement. Une deuxième définition de l'évaluation identifie celle-ci à la détermination de la congruence entre la performance et les objectifs visés. Une troisième tradition en théorie évaluative place le foyer majeur sur le jugement, celui-ci étant bien évidem-

ment posé par un professionnel de l'évaluation. Ces trois définitions ont toutes des limitations importantes et sont insuffisantes prises isolément pour bien définir ce qu'est l'évaluation.

Les auteurs contemporains (1, 2) en évaluation tendent plutôt à définir l'évaluation comme un amalgame incluant trois axes distincts:

1- un axe "information",
2- un axe "interprétation",
3- un axe "action".

L'axe "information": il se rapporte à la cueillette et à l'analyse des informations pertinentes. Celles-ci sont choisies en fonction de leur utilité éventuelle dans une prise de décision visant des possibilités d'action. Cela signifie concrètement que le choix des informations, leur analyse et la présentation des résultats sont tous réalisés en tenant compte de cet objectif qui interfère avec les objectifs plus classiques habituellement poursuivis dans une recherche. L'utilité amène le chercheur à cueillir des informations sur des variables permettant une intervention, plutôt que sur celles qui n'offrent que peu de prise à celle-ci (par exemple l'hérédité, etc.,). Mais on maintient en même temps les objectifs sur la fiabilité des mesures puisqu'on veut éviter d'aboutir à une prise de décision basée sur des informations erronées. Selon le type de décision à prendre et les contraintes organisationnelles, l'exigence de fiabilité peut être plus ou moins forte; des démarches méthodologiques différentes peuvent être envisagées entrainant même la quasi-disparition de cet axe.

L'axe "interprétation": il englobe en fait, la dimension jugement qui se base souvent sur un processus de comparaison plus ou moins explicite et plus ou moins objectif. Dans certaines situations, on se rapporte à une série de normes et de critères pour établir une comparaison avec la réalité observée (3, 4); dans certains cas, les réalités observées sont comparées entre elles sans que l'on puisse se reporter à des critères implicitement reconnus. Selon la situation examinée, le jugement peut être le fait d'un acte individuel (un professionnel

qui cherche à ajuster son intervention) ou d'un acte collectif. La littérature évaluative n'est pas unanime quant à savoir qui doit porter le jugement, soit le spécialiste en évaluation ou le décideur. Quelques auteurs recommandent que ce soit l'évaluateur qui porte lui-même le jugement sur l'objet examiné, mais cette recommandation n'est pas unanime. L'ensemble des auteurs admettent qu'à défaut de juger lui-même, le spécialiste en évaluation doit recueillir toute l'information permettant de poser ce jugement.

L'axe "action": il porte sur l'intention de changer quelque chose dans une situation. Ce changement éventuel est fait en fonction d'un gain potentiel par rapport à la situation actuelle. Ce type d'attitude suppose quand même une philosophie de gestion acceptant l'auto-critique et le changement (3, 5). Les évaluations se différencient selon les intentions que l'on y poursuit: améliorer un programme ou une intervention, déterminer les résultats ou les impacts d'un programme, ou d'autres sujets. L'évaluation se concentre sur différents aspects selon les objectifs privilégiés (pertinence, implantation, processus, structure, atteinte des objectifs, effet ou rendement d'une intervention).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
ANNEXE 1

1) GUBA E. G., "The failure of educational evaluation" in C.H. WEISS, Evaluating action programs: readings in social action and education, Boston, Éditions Allyn And Bacon, 1972, pp. 25 - 267.

2) ALKIN M.C., "Evaluating theory development" in C.H. WEISS, Evaluating action programs: readings in social ation and education, Boston, Éditions Allyn and Bacon, 1972, pp. 103-118.

3) BÉGIN C., Évaluation: un cadre conceptuel et une application au système de santé et de service sociaux, texte non publié, Ste-Foy, Université Laval, 1986.

4) CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., PINEAULT R., "Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé" in Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1985, 33: 173 - 181.

5) WEISS C.H., "Overview. Evaluating educational and social action programs: a "treeful of owls" in C.H. WEISS, Evaluating action programs: readings in social action and education, Boston, Éditions Allyn and Bacon, 1972, pp. 3-29.

ANNEXE 2
DONNÉES SUR LES CLIENTÈLES DES SERVICES PUBLICS DE RÉADAPTATION EN TOXICOMANIE

Tableau 1
Répartition par groupe d'âge et sexe des clients admis et inscrits dans les C.R.T., 1985-86 à 1988-89.

	Groupes d'âge					
Hommes	0-17	18-24	25-39	40-64	65 ou +	total
clients admis						
1985-86	16	408	1411	1255	72	3162
1986-87	7	306	1374	1170	84	2941
1987-88	6	237	1465	1608	76	3392
1988-89	10	300	1474	1077	55	2916
clients inscrits						
1985-86	106	604	1831	1118	50	3709
1986-87	147	799	2111	1160	52	4269
1987-88	183	1102	3445	1578	53	6361
1988-89	222	1272	4267	1788	80	7629
Femmes	0-17	18-24	25-39	40-64	65 ou +	total
clients admis						
1985-86	5	137	329	233	12	716
1986-87	2	176	452	228	15	873
1987-88	3	246	720	225	8	1202
1988-89	6	355	786	250	7	1404
clients inscrits						
1985-86	47	242	687	522	25	1523
1986-87	57	298	908	375	32	1869
1987-88	76	474	1587	942	38	3117
1988-89	103	584	2023	1109	53	3872
Clientèle totale	0-17	18-24	25-39	40-64	65 ou +	total
clients admis						
1985-86	21	545	1740	1488	84	3878
1986-87	9	482	1826	1398	99	3814
1987-88	9	483	2185	1833	84	4594
1988-89	16	655	2260	1327	62	4320
clients inscrits						
1985-86	153	846	2518	1640	75	5232
1986-87	204	1097	3019	1535	84	6138
1987-88	259	1576	5032	2520	91	9978
1988-89	325	1856	6290	2897	133	10501

SOURCE: Compilation effectuée par le Service des programmes aux personnes toxicomanes à partir des rapports statistiques annuels AS479 ou AS481, 1990, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tableau 2
Données sur les départs de bénéficiaires par sexe selon les diagnostics (principaux et associés) reliés à la toxicomanie en C.H.S.C.D., Québec, 1986-87 à 1988-89.

Diagnostic[3]		Nombre de départs selon le diagnostic principal[1]			Nombre de départs selon les diagnostics associés[2]		
		Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total
Psychose alcoolique	1986-87	491	106	597	994	250	1244
	1987-88	530	110	640	1070	251	1321
	1988-89	541	107	648	1059	246	1305
Psychose due aux drogues	1986-87	88	59	147	119	129	248
	1987-88	76	56	132	144	147	291
	1988-89	84	52	136	163	152	315
Syndrome de dépendance alcoolique	1986-87	3154	767	3921	5950	1410	7360
	1987-88	3129	769	3898	6105	1454	7559
	1988-89	3075	785	3860	6558	1552	8110
Pharmacodépendance	1986-87	759	530	1289	1511	1077	2588
	1987-88	885	559	1444	1674	1157	2831
	1988-89	935	580	1515	1845	1328	3173
Abus de drogues chez une personne non dépendante	1986-87	372	159	531	4595	2476	7071
	1987-88	335	220	555	4744	3857	8601
	1988-89	351	200	551	5497	4270	9767
TOTAL	1986-87	4864	1621	6485	-	-	-
	1987-88	4955	1714	6669	_	_	-
	1988-89	4986	1724	6710	_	_	-

[1] Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation ou à l'affection ayant consommé la plupart des ressources médicales durant le séjour.

[2] Le diagnostic associé correspond aux affections ou aux problèmes autres que celui mentionné au diagnostic principal.

[3] Les codes de diagnostic sont tirés de la Classification internationale des maladies, neuvième révision (CIMA).

SOURCE: Ministère de la santé et des Services sociaux, données sur les causes d'hospitalisation 1986-1987, 1987-1988, 1988-1989, Système Med-Echo, Direction des systèmes d'information, Juillet 1988, avril 1989, mars 1990.

ANNEXE 3
DESCRIPTION DES ÉVALUATIONS QUÉBÉCOISES PORTANT SUR LA RÉADAPTATION DES TOXICOMANES

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Centre Préfontaine: Maison l'Écluse (64)	Évaluer l'impact du programme de suivi communautaire du Centre Préfontaine, dont la clientèle se compose d'itinérants toxicomanes: A cette fin, examiner les différences entre le groupe des itinérants suivis et le groupe contrôle quant aux changements intervenus dans les mesures après l'application du programme.	- Les dimensions examinées chez les bénéficiaires pour détecter les changements sont les suivants: . l'utilisation des services internes à Préfontaine; . la consommation de psychotropes; . l'état de santé; . les comportements du bénéficiaire au Centre.	Devis quasi-expérimental avec des tests avant-après et des groupes de comparaison. Étude rétrospective à partir des dossiers des bénéficiaires; problèmes dans ces dossiers: données manquantes et changements récents dans les formulaires. Sélection des personnes du groupe expérimental: ceux qui ont bénéficié d'un suivi d'au moins trois mois entre juin 1987 et le 1er septembre 1988; pour le groupe contrôle ou de comparaison, appariement individuel sur la base de l'âge et du nombre d'admissions au Centre depuis le 1er septembre 1987 et reconstitution de deux périodes à partir de la date de début du suivi pour le sujet correspondant du groupe expérimental. Présence d'une grille de compilation des informations à partir des dossiers. Analyse statistique des différentes dimensions de changements intervenus à l'aide de tests non-paramétriques.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Centre Préfontaine: Maison L'Écluse (suite)			Indicateurs opérationnels des variables suivantes: 1) Utilisation des services: - temps passé aux services internes; - durée des séjours; - longueur des délais entre les séjours; - semaine où l'individu est admis; - source de référence à l'admission. 2) Habitudes de consommation: - niveau d'intoxication à l'admission; - nombre et type de substances consommées. 3) L'état de santé: pouls, température, niveau de conscience, pression artérielle systologique et diastolique, troubles de motricité (et les changements dans ces indicateurs). 4) Comportements au Centre: troubles de sommeil, problèmes d'alimentation, signes de danger, anti-sociaux, pro-sociaux, a-sociaux.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Centre Préfontaine: Maison l'Écluse (64)	81 % des sujets suivis par ce programme ont été admis une première fois à Préfontaine en 1982 ou 1983 (les 2 premières années d'opération de ce centre). 21 sujets sur 22 avaient un minimum de 6 admissions et pour 10 d'entre eux, jusqu'à 20 admissions. Les sujets suivis représentent les gros utilisateurs et ne sont pas représentatifs de la majorité des clients de Préfontaine qui eux ne s'y présentent qu'une seule fois (73 %). Cette différence significative permet de confirmer que la clientèle atteinte est bien la clientèle visée, soit les gros utilisateurs de Préfontaine et les plus instables parmi les itinérants. Impact du programme: . Stabilisation des conditions résidentielles et du revenu des bénéficiaires suivis. . Maintien du niveau d'utilisation des services du centre auprès d'une population qui a généralement tendance à diminuer son niveau d'utilisation; durée de séjour plus longue à la suite d'une augmentation des séjours de longue durée (hypothèse interprétative: les bénéficiaires ont moins tendance à quitter prématurément); diminution du nombre d'admissions la 1ère semaine suivant la réception du chèque d'aide sociale. . Pas de changement dans le niveau d'intoxication, mais diminution dans le nombre des substances consommées à une même admission et diminution dans la consommation des alcools frelatés et des boissons fortes. . Aucune différence significative entre le groupe des suivis et le groupe de comparaison, dans les changements sur l'état de santé physique: ce programme n'améliore pas l'état de santé physique, mais stabilise quelque peu cet état. . Aucun impact évident sur les symptômes lors du dégrisement. . Augmentation des comportements a-sociaux (retrait ou isolement)	Aucune comparaison avec la littérature pertinente.	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Centre Préfontaine: Maison l'Invitée (48,49)	1) Évaluation des effets sur la clientèle en regard de 3 des objectifs de ce Centre: possibilité de récupérer physiquement et émotivement chez les femmes itinérantes; favoriser l'acquisition et le développement d'habiletés quotidiennes et sociales; faciliter la gestion de la vie quotidienne et apporter à l'expérience de vie dans le milieu par l'appui d'un programme communautaire.	1) Les dimensions de changement analysées sont les suivantes: . consommation d'alcool et de drogue; . santé physique et mentale; - logement; - situation financière; - relations interpersonnelles; - emploi; - études; - temps libre; Contrôle de la variable "exposition au programme" dans la mesure des effets. Protocole d'évaluation tenant compte de contraintes spécifiques à cette clientèle: leur non-implication dans un programme (la moitié d'entre elles quittent de façon prématurée) et la difficulté de retracer ces clientes une fois qu'elles quittent le Centre et leur tendance à s'y présenter de façon spontanée et sporadique.	1) . Population étudiée: toute itinérante ayant reçu des services de ce Centre entre octobre 1986 et janvier 1987: 58 itinérantes suivies pendant 12 mois après leur première admission. . Définition opérationnelle des variables: - exposition au programme = nombre de jours de présence au Centre pendant 12 mois suivant leur première admission. - changement = mesure selon une échelle à 3 niveaux: 1) amélioration 2) stabilité 3) détérioration. Les cotes sont attribuées à partir de faits objectifs, observables et enregistrés. Les cotes globales sont les suivantes: - amélioration dans plus d'un domaine; - amélioration dans un domaine et stabilisation dans les autres; - réussite et rechute; - stabilité; - détérioration en général même si amélioration dans un domaine; - situation inconnue; Utilisation d'informatrices clés pour la cueillette d'information.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Centre Préfontaine: Maison l'Invitée (suite)	2) Analyse des caractéristiques de la clientèle en regard de la population cible précisée dans le mandat.	2) Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques reliées à la problématique des itinérantes en regard de l'évolution du recrutement de la clientèle, des types d'itinérantes et comme mesure de comparaison avec d'autres clientèles similaires.	2) Caractéristiques sociodémographiques - âge, lieu de naissance, groupe ethnique, scolarité, état civil, enfants, résidence, emplois antérieurs, source principale de revenu, présence d'un numéro d'aide-sociale, problèmes financiers et juridiques; caractéristiques reliées à la problématique des itinérantes: état de santé physique et mentale, carte d'assurance-maladie, d'assurance sociale et d'un hôpital, utilisation des ressources du réseau de santé au cours des derniers mois et consommation de psychotropes.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Centre Préfontaine: Maison l'Invitée (48,49)	Sur les 58 clientes inscrites, 17 sont jugées améliorées et 28 sont dans une situation inconnue. Parmi les personnes ayant fait un séjour total de 8 jours ou plus (35 clientes), les chances d'amélioration sont de 45,7 %. Relation significative entre les chances d'amélioration et le degré d'exposition au programme (nombre d'admissions et durée de séjour). Lorsque la cliente ayant fait un séjour total de 8 jours ou plus ajoute à cela le programme de suivi communautaire, ses chances de succès augmentent à 70 % (7 cas sur 10 clientes ont connu une amélioration). Il semble que les domaines le plus souvent améliorés soient le logement, la toxicomanie et la situation financière. Clientèle jeune, célibataire, ayant des problèmes de santé à court terme (104 femmes); 52 d'entre elles ont déjà été hospitalisées en psychiatrie et 42 ont déjà fait une tentative de suicide. Ces femmes sont soit en marge des services (51 clientes n'ont pas de carte d'assurance-maladie), soit en font un usage intensif, principalement les urgences et les services externes. 39,5 % d'entre elles sont polytoxicomanes. Les produits les plus consommés: cocaïne (101 mentions), les tranquillisant mineurs (99 mentions) et l'alcool (95 mentions). Observation de caractéristiques différentes entre la cohorte des premiers 6 mois et la cohorte des mois subséquents: la 2e cohorte est plus jeune, a plus de problèmes juridiques mais semble plus stable sur le plan résidentiel et financier, a été moins souvent hospitalisée en psychiatrie mais est plus souvent suicidaire, a moins de problèmes réguliers de santé, mais plus de problèmes aigus.		Garder la personne en traitement, ou du moins prévenir les départs prématurés, apparaît comme objectif légitime. Le développement d'un lien entre la cliente et le centre peut être considéré comme un préalable à la réadaptation. Confirme la nécessité d'une perspective multidimensionnelle de l'intervention (tant sur la toxicomanie que sur les conditions de vie).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Centre Préfontaine: Maison l'Invitée (suite)	Observe peu de différences significatives statistiquement qui différencieraient avec plusieurs facteurs des sous-groupes distincts suivant l'âge ou le type de consommateurs.	Contraire à la littérature sur les itinérantes.	
	Comparaisons intergroupes		
	- Les itinérantes de Montréal: tendance générale au rajeunissement entre 1982 et 1988; les clientes circulent très peu d'un service à l'autre; les clientèles du centre ne se distinguent pas de l'ensemble.		
	- Les itinérantes américaines ou anglaises: leurs caractéristiques semblent comparables au point de vue résidence, santé, âge, etc.	Similaire à la littérature.	
	- Comparaisons avec la clientèle masculine des itinérants de Montréal: elles sont plus jeunes, plus souvent montréalaises, plus scolarisées, ont plus souvent un passé psychiatrique et consomment moins d'alcool et plus de drogues et de médicaments.	Similaire à la littérature anglaise ou américaine.	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude au Centre Le Portage (71)	1) Analyser les effets du traitement en communauté thérapeutique sur l'amélioration de comportements psychopathologiques, dépressifs, anxieux, suicidaires et autres comportements autodestructeurs. 2) Examiner la sensibilité et l'utilité de certains tests psychologiques intégrant la dimension suicidaire des toxicomanes et les modifications à la suite d'un traitement.	Hypothèses principales: 1) Le traitement en communauté thérapeutique va diminuer les mesures aux tests portant sur les comportements autodestructeurs et autres caractéristiques reliées, en particulier les tendances suicidaires et dépressives. 2) Le traitement en communauté thérapeutique va améliorer les dimensions "estime de soi", "locus of inner control" et va diminuer les psychopathologies générales et les inadaptations telles que mesurées par les instruments utilisés (MMPI, Farberow, Rotter, Gerber, Gottschalk-Gleser). Hypothèses secondaires: 3) L'effet du traitement sur les dimensions psychopathologie et autodestruction est lié à la longueur du temps de traitement. 4) Les sujets à tendance suicidaire vont plus s'améliorer à travers les 5 stages du traitement que les sujets ne présentant pas de tendance suicidaire. 5) La mesure de la dimension déviation psychopathologie, (Pb) dans le MMPI devrait baisser à la suite du traitement, mais demeurer encore relativement élevée.	Étude portant sur 96 bénéficiaires (80 hommes et 16 femmes) dont 46 sont suicidaires et 50 non-suicidaires. Répartition des sujets suicidaires ou non dans les stages du traitement: NON OUI Stage 1: accueil 10 10 Stage 2: clients ayant arrêté leur traitement après 30 ou 60 jours 10 10 Stage 3: de 4 à 6 mois 10 10 Stage 4: de 8 à 11 mois 10 8 Stage 5: 1 an ou plus 10 8 50 46 Les 96 bénéficiaires correspondent à la population totale du Centre au moment de l'étude. L'ensemble des tests et renseignements a été administré à chacun des 96 bénéficiaires. Chaque individu a été évalué une seule fois. Test et dimension mesurée: - MMPI: mesure les symptômes neurotiques et psychotiques et plusieurs caractéristiques de la personnalité (10 dimensions diagnostiques au total).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude au Centre Le Portage (suite)			- Rotter: mesure si le processus de contrôle du comportement d'un individu est intériorisé ou non intériorisé (locus of control). - Farberow: échelle construite à partir du MMPI pour mesurer la dépression, et les idées suicidaires et les comportements autodestructeurs. - Garber: mesure la dimension "risk-taking" qui est une des caractéristiques de comportements autodestructeurs. - Gottschalk-Gleser: analyse de contenu à partir d'une entrevue de 5 minutes servant à mesurer l'anxiété, l'hostilité et la perception de soi. Type d'analyse statistique: R. de Pearson, T. Test, analyse de variance et comparaison par paire.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Étude au Centre Le Portage (71)	Pas de différences significatives dans les tests entre les 2 catégories de clients (suicidaire et non-suicidaire) au stage 1; Les deux catégories de clients améliorent leurs résultats aux tests au fur et à mesure que le stage est plus élevé; la direction et la consistance des résultats aux tests indiquent une amélioration clinique des bénéficiaires associée à la durée de leur séjour; Les sujets aux idées suicidaires s'améliorent plus, mais ils avaient plus de pathologies au départ; L'analyse des résultats aux tests n'a pu être contrôlée par l'effet de certaines variables socio-démographiques et même cliniques; Le MMPI semble utile pour diagnostiquer et identifier certaines caractéristiques cliniques dont les comportements suicidaires. Le MMPI, le Farberow et le Gottschalk-Gleser semblent sensibles aux changements dans les caractéristiques d'auto-destruction des toxicomanes entre les stages; ces instruments s'avèrent utiles pour comprendre l'évolution clinique des suicidaires à celle des non-suicidaires.	Les résultats aux différents instruments semblent comparables à ceux que d'autres auteurs ont obtenus.	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude Brochu + Cormier + Proulx + Strobel (10)	Connaître l'effet du traitement psychosocial sur le sens des responsabilités, sur sa vie du toxicomane.	Le sens des responsabilités sur sa vie du toxicomane (locus of control): celui-ci est interne (la personne perçoit les évènements de sa vie comme étant les conséquences de ses propres actions) ou externe (une personne perçoit les évènements de sa vie comme échappant à son contrôle) (Rotter).	Même schéma expérimental que l'étude précédente (30). La variable "sens de responsabilité sur sa vie" est mesuré par "l'Adult's Nowicki and Strickland Internal and External control scale", instrument moins vicié par la désirabilité sociale et par une certaine confusion conceptuelle (entre contrôle personnel, contrôle social et contrôle idéologique) que la mesure de Rotter. Adaptation française de la mesure - l'échelle "locus of control"; échelle comprenant 40 items à réponse dichotomique avec une bonne consistance interne et une validité comparable à la mesure de Rotter; échelle pré-expérimentée avant l'étude. Administration de l'échelle du "locus of control" identique à l'administration de la mesure ASTA dans l'étude précédente. Test statistique - analyse de variance.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Étude Brochu + Cormier + Proulx + Strobel (10)	Aucune différence significative sur le "locus of control" entre les groupes d'alcooliques et le groupe témoin au début tout comme en fin de traitement. Amélioration (externe vers interne) significative du "locus of control" entre le début et la fin du traitement pour le groupe d'alcooliques terminant son traitement. Pas de différences significatives entre les types d'alcooliques.	La variable "locus of control" ne semble pas discriminer les divers types d'alcooliques, contrairement à ce qui est rapportée par une partie de la littérature spécialisée. Les résultats obtenus sont contraires à la croyance de certains thérapeutes selon laquelle les alcooliques qui ont un "locus of control" externe sont plus susceptibles d'abandonner leur traitement que les alcooliques ayant un locus de contrôle interne.	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude Cormier + Landry + Brochu et Strobel (29)	Connaître l'effet du traitement psychosocial (interne de 1 mois) sur l'anxiété du toxicomane. Connaître les relations entre les changements quant à l'anxiété et les variables liées à la consommation d'alcool.	Anxiété selon 2 dimensions: 1) Le trait d'anxiété qui est une condition émotionnelle stable, structurale. 2) L'anxiété situationnelle qui est un état émotif transitoire. Caractéristiques sociologiques. Une typologie des alcooliques: primaire; secondaire et symptomatique (taxinomie de Fox et Lyon).	Schéma expérimental: Groupe expérimental: 50 alcooliques ayant suivi le traitement d'environ 30 jours (25 primaires, 12 secondaires et 13 symptomatiques) et 41 alcooliques ayant abandonné le traitement avant terme (24 primaires, 8 secondaires et 9 symptomatiques). Le groupe témoin divisé au hasard en 3 sous-groupes de 14, 13 et 14 sujets. Ce groupe témoin se compose des 41 sujets "tout venant" comparables du point de vue âge, scolarité, statut économique et sexe (tous masculins tout comme les alcooliques du groupe expérimental). Les 2 dimensions de l'anxiété sont mesurées par un test (l'ASTA) adapté et validé sur une population québécoise francophone (provient du State-trait Anxiety inventory de Spielberger). L'ASTA a été administré à tous les sujets alcooliques la première journée du traitement interne et une deuxième fois le dernier jour du traitement pour les bénéficiaires ayant complété leur traitement. Dans le groupe témoin, l'intervalle entre les deux passations de l'ASTA a été de 30 jours. Cueillette de données sur une période de 12 mois. Test statistique - analyse de variance.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Étude Cormier + Landry + Brochu + Strobel (29)	Différence significative du trait d'anxiété et de l'anxiété situationnelle entre les sujets en début de traitement et les sujets du groupe témoin et pas de différences significatives entre les alcooliques poursuivant ou ne poursuivant pas leur traitement. Pas de différences significatives dans l'anxiété situationnelle à la fin du traitement entre le groupe d'alcooliques et le groupe témoin; mais différence significative pour le trait d'anxiété entre le groupe d'alcooliques et le groupe témoin. Les changements: pour les alcooliques secondaires, le trait d'anxiété ne baisse pas de façon significative au cours du traitement, contrairement aux 2 autres groupes où on observe une baisse significative; pour les alcooliques symptomatiques, cette baisse les met au même niveau que le groupe témoin; pour l'anxiété situationnelle, on observe une baisse significative chez tous les groupes d'alcooliques; cette baisse est moins prononcée pour les alcooliques secondaires que pour les 2 autres groupes.	En début de traitement, tous les alcooliques sont significativement plus anxieux que la population de non-alcoolique. Les alcooliques symptomatiques et primaires sont ceux qui réagissent le mieux au traitement psychosocial si l'on se fie au critère du niveau et de la nature de l'anxiété. Ce sont 2 catégories d'alcooliques où les facteurs psychologiques semblent prépondérants d'après les auteurs. Les alcooliques secondaires sont peu enclins à collaborer à un traitement quel qu'il soit. Cela pose tout le problème d'adapter le traitement aux besoins de ce type d'alcooliques.	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude "Tri-con-ther-alc" (38,16)	Objectif général: évaluer, en fonction des critères de l'accessibilité et de l'efficacité, les services dispensés dans 3 contextes typiques (un centre privé, un centre d'accueil public et un département d'hôpital). Sous-objectifs: 1- Faire ressortir les points forts et faibles de chaque organisation par rapport au modèle idéal inhérent à Pass-3. 2- Caractériser les perceptions des thérapeutes et bénéficiaires par rapport aux critères du COPES. 3- Dégager les normes de succès et d'insuccès identifiées par les thérapeutes de chacun des contextes à travers leur analyse d'un certain nombre de dossiers de bénéficiaires; 4- Mesurer et interpréter les changements de comportements et d'attitudes chez les bénéficiaires à divers intervalles de temps une fois mis en congé. 5- synthétiser les différents résultats des diverses opérations de l'évaluation. 6- Dégager des recommandations pertinentes, pour les cliniques et pour le Ministère, reliées à l'organisation des services, à l'accessibilité et à l'efficacité des programmes.	Utilisation des 3 approches d'observation et d'analyse: 1) Le type idéal dit à orientation communautaire. On cherche à vérifier à quel point, idéologiquement et pratiquement, les institutions examinées sont conformes à la thèse de la normalisation. 2) Approche psychosociale pour connaître le climat dans lequel se déroulent les activités thérapeutiques. 3) Approche de système vise à comparer les caractéristiques des clients à l'entrée et à la fin de leur réadaptation (congé de l'établissement) pour en dégager la performance thérapeutique des établissements.	Approche sommative visant à comparer des organisations distinctes et à se prononcer sur l'efficacité de leur programmation. Exclusion des activités de programmation, inclusion des données sur les caractéristiques des clients et les résultats thérapeutiques. Opérationnalisation du type idéal = PASS -3. Aucune indication sur la manière d'utiliser cette technique. Certaines exigences auraient dû normalement être respectées lors de la passation et de la codification: formation, temps de passation, présence de plusieurs interviewers. Opérationnalisation de l'approche psychosociale: COPES qui comprend 10 dimensions perçues par la clientèle et par le personnel; analyse pour chacun & possibilité de comparaison de leurs perceptions, tant sur le plan du réel que sur le plan du souhaité. Opérationnalisation de l'approche de système: performance thérapeutique = changements observés par les intervenants entre les différents suivis à tous les 3 mois (pour Domrémy-Montréal, cela fait 3 suivis et pour les autres établissements, 6 suivis). Les instruments de mesure lors de ces suivis comprennent des questionnaires sur la consommation, sur le degré de fonctionnement personnel dans les rôles quotidiens et sur le niveau de

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude "Tri-con-the-alc" (suite)			fonctionnement social; il s'agit là d'instrument maison. Un autre instrument maison s'ajoute: une grille de pronostic qui amène le thérapeute à poser un jugement intuitif sur l'issue du traitement pour un client donné. Tableau des bénéficiaires interviewés lors des suivis: Donrémy-Montréal INT / EXT; Joliette; Foster entrée 46 / 71 / 101 / 127 1er suivi 15 / 34 / 46 / 83 2e suivi 9 / 27 / 49 / 86 3e suivi 11 / 31 / 38 / 52 4e suivi - / - / 39 / 56 5e suivi - / - / 19 / 55 6e suivi - / - / 22 / 41 L'attrition varie donc de 59 à 76 % pour le troisième suivi et de 68 à 88 % pour le sixième suivi. Absence de différences significatives entre les groupes lors des différentes relances et le groupe de base correspondant à l'entrée pour chacun des contextes cliniques examinés. Ce qui amène l'auteur à conclure à "la validité des généralisations effectuées à l'ensemble de la clientèle de chacun des contextes cliniques". Pour les bénéficiaires de l'externe, le premier suivi a été passé un mois après leur admission en traitement externe.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude "Tri-con-ther-a1c" (suite)			Le questionnaire sur le fonctionnement social n'a pas été passé à Joliette suite à un malentendu. Grille de pronostic: 32 thérapeutes évaluent 120 clients répartis dans 3 centres (centre A: 28 clients pour 8 thérapeutes, centre B: 4 clients pour 2 thérapeutes, centre C: 92 clients pour 23 thérapeutes).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Étude "Tri-con-the-alc" (16,38)	En ce qui a trait à la consommation d'alcool: la performance des unités externes de Domrémy, semblable sur 9 mois à celle de la clinique de Joliette. Les cliniques Domrémy-interne et Joliette atteignent une performance correspondant à la moitié de celle de Foster, dû au meilleur statut social et le caractère sélectif de la clientèle de Foster. En ce qui a trait au fonctionnement personnel: améliorations semblables pour Domrémy (interne et externe) et pour la clinique de Joliette et améliorations légèrement supérieures à Foster (écart entre cet établissement et les 2 autres moindre que l'écart sur la consommation d'alcool). Fonctionnement social: changements positifs à Foster et changements négatifs à Domrémy. Mais problèmes de l'instrument lui-même: manque de sensibilité, pas de valeur-critère, pas de point de comparaison, très difficile à interpréter. Associations statistiques entre la consommation d'alcool et certaines variables indépendantes. Les effets d'associations ne sont pas très élevés et ce, dans les 3 contextes. Les associations observées dans chacun des contextes ne s'observent pas dans les autres contextes cliniques. A Foster, la participation aux A.A. est liée à l'abstinence au 3e suivi et non au 6e suivi. A Joliette, le statut de célibataire et les difficultés conjugales semblent accroître la probabilité de conserver l'abstinence au 3e suivi et non au 6e suivi. A Domrémy, c'est le sexe, le statut d'emploi et la source de référence qui sont associés au degré de contrôle de la consommation d'alcool. Aucune différence significative entre le profil des 3 clientèles selon le sexe, la carrière de buveur et la fréquence aux réunions A.A.; observation d'une différence significative des variables liées au statut social; profil social semblable entre Domrémy et Joliette et dissemblable à Foster.		Recommandations formelles: 1) Dans le développement futur des services, le MSSS devrait tenir compte des profils des clientèles, de la situation géographique des cliniques, des ressources nécessaires à l'organisation d'un suivi efficace, des mécanismes d'évaluation à mettre en place par les cliniques, de la diversité des pressions (femmes, indigènes, anglophones, déshérités) exigeant des nouvelles cliniques. 2) Mettre sur pied un groupe d'étude pour discuter des problèmes soulevés par la 1ère recommandation. 3) Le MSSS devrait adopter une approche d'évaluation par clinique, pour tenir compte de la spécificité de chacune, tout en promouvant l'utilisation d'outils standards et d'un processus standard. Un groupe devrait développer un cadre conceptuel d'évaluation. 4) Le MSSS devrait former un institut de recherche sur la thérapie des toxicomanies, L'auteur suggère aussi de diminuer les décrocheurs dans les services externes et d'augmenter le suivi organisé et efficace.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Étude "Tri-con-the-alc" (suite)	Facteurs explicatifs de la variance des 3 variables "critères" (consommation d'alcool, fonctionnement social et personnel): résultats épars et non identiques selon les contextes cliniques, si ce n'est une constante: aucune caractéristique examinée n'a d'impact sur le contrôle de l'usage de l'alcool.		
	Grille de pronostic: déviance entre les cliniques dans l'utilisation des critères. Plusieurs des critères utilisés pour le pronostic ne sont pas univoques; un même critère peut être un indice de succès ou d'échec suivant la situation particulière du client.	Tout comme dans la littérature, les facteurs de pronostics se révèlent équivoques (plus ou moins neutre) et sont relatifs à la situation particulière des clients.	
	Lacune commune aux 3 contextes thérapeutiques d'après les résultats de PASS-3; leur localisation, laquelle entraine une intégration sociale faible par rapport aux communautés locales et certains problèmes d'accessibilité.		
	Points faibles des cliniques publiques: le peu d'activités de ressourcement et de développement pour les professionnels.		

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude de Dongier à Sainte-Anne-des-Monts (30,31,32)	1) Connaître l'efficacité de la cure de réadaptation de 3 semaines du Centre l'Escale et son effet dans le temps. 2) Connaître l'apport des améliorations spontanées estimées entre 11 et 15 % dans la littérature sur le pourcentage de résultats favorables. 3) A part les abstinents, existe-t-il une proportion significative de sujets améliorés? 4) Connaître le rôle joué par les facteurs post-cure, tel la fréquentation des A.A.	Variables indépendantes: 1) Dans le dossier: âge à l'entrée dans le programme, ancienneté du dossier (1969 à 1981), statut familial, statut socio-économique, niveau d'éducation, statut professionnel, statut légal, ancienneté de l'alcoolisme, nombre de réadmissions à un centre de réadaptation, gravité de l'alcoolisme, psychopathologie. 2) Par entrevue: participation ou non aux A.A., autre forme de soutien bénévole ou professionnel. Variables dépendantes: 1) Changement de statut (familial, professionnel, socio-économique ou légal), nombre de réadmissions et de rechutes, gravité actuelle de l'alcoolisme, échelle des troubles d'Edwards, tentatives de suicide, indices actuels de psychopathologie, santé physique, hospitalisation, quantité actuelle d'alcool absorbé, loisirs et activités communautaires, fréquentation d'amis buveurs, nombre de semaines de travail rémunéré l'an dernier, nombre d'arrestations, d'accidents et de retraits de permis de conduire.	Définition opérationnelle des grandes variables: *Gravité de l'alcoolisme* (utilisation de deux définitions opérationnelles): 1) Définition de catégories selon le nombre de facteurs présents: si 1 facteur = alcoolisme bénin; si 2 facteurs = alcoolisme modéré;si 3 facteurs = alcoolisme grave; si 5 facteurs = alcoolisme très grave. La liste de facteurs = cure antérieure de désintoxication, trou de mémoire, perte de contrôle de la consommation, boire le matin, tremblements, quantité quotidienne moyenne avouée supérieure à 20 onces de spiritueux ou l'équivalent de boisson moins forte. 2) L'échelle de troubles d'Edwards: questionnaire (28 questions) qui attribue une cote entre 0 et 10 à partir d'une liste constituée de symptômes. *Ancienneté de l'alcoolisme:* apparition d'un des facteurs de gravité mentionné dans la 1ère définition de la gravité. Analyse statistique univariée et multivariée (analyse discriminante et régression multiple pas à pas).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude de Dorgier à Sainte-Anne-des-Monts (suite)			Échantillon de 150 anciens clients à partir d'une population de 871 sujets (i.e. tous ceux qui ont effectué une cure complète entre juin 1969 et le 1er septembre 1980), échantillon typique à partir de 12 items d'information cueillis au dossier. Population de ce centre est masculine avec 48 ans d'âge moyen (écart type = 11,3), à 65 % avec un revenu de niveau inférieur; 49,7 % reçoit des prestations de chômage ou d'aide sociale; l'ancienneté de l'alcoolisme à l'entrée était en moyenne de 17 ans et 70 % des cas étaient alors classifiés comme alcooliques graves (1ère méthode). Cueillette de données par examen du dossier et entretien semi-directif avec l'ex-bénéficiaire et une personne de son entourage (dans 69,3 % des cas).

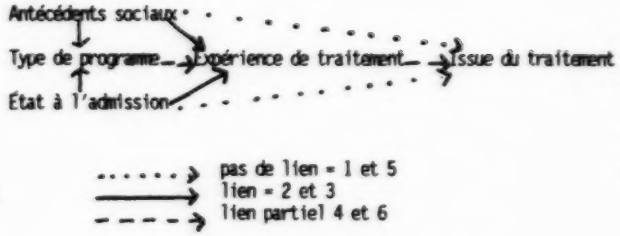
RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Étude de Dongier à Sainte-Anne-des-Monts (30,31,32))	Analyse descriptive: 34,7 % des personnes échantillonnées ne consomment aucun alcool, 50 % ont réduit leur consommation et 15 % ont une consommation égale et supérieure. Aucune rechute = 28 %; 1 rechute = 50,7 %; 2 rechutes ou plus = 22,3 %; la durée de ces rechutes peut se calculer en jours (10 %), en semaines (12 %), en mois (18 %) ou en années (32 %). Après le traitement, 70,7 % des personnes échantillonnées n'ont pas eu de nouvelles cures de désintoxication, 17,3 % en ont eu une et 12,1 % ont eu deux cures ou plus. En ce qui a trait aux réadmissions en réadaptation, 59,3 % des personnes échantillonnées n ont pas été readmis, 26,7 % ont été réadmis une fois et 16 % ont été réadmis deux fois ou plus. Associations significatives entre l'abstinence et plusieurs indicateurs d'amélioration du comportement psycho-social de même qu'entre l'abstinence et les résultats à l'échelle des troubles d'Edwards (les abstinents y cotent moins forts mais on n'observe pas de différences entre l'abstinence totale et partielle). Aucune variable indépendante n'explique de partie importante de la variance de la gravité actuelle de l'alcoolisme. Par exemple, la fréquentation des A.A. n'explique que 3,1 % de cette variance. Aucune différence significative entre le nombre de réadmissions en réadaptation et les indices d'amélioration. Les participants aux A.A. sont plus souvent réadmis à ce centre. La fréquentation des A.A. favorise l'abstinence mais pas la guérison de l'alcoolisme jaugée par les autres indices psycho-sociaux. Les abstinents non A.A. ont une évolution plus favorable en regard de toute une série d'indices psycho-sociaux que ne l'est l'évolution des abstinents A.A.	Les taux d'amélioration observés dans cette étude sont supérieurs à ceux qui surviennent en dehors de toute intervention (rémission spontanée) et sont comparables à ceux qui sont observés dans le contexte nord américain (Emrick, Blane, Jones et Vischi). 13 % des sujets de l'échantillon ont évolué vers un "boire contrôlé" bien que l'objectif du traitement soit l'abstinence. Dans les recensions d'études sur les résultats du traitement, on retrouve des pourcentages similaires: entre 5 et 15 % (Sobell et Sobell, Pattison et Emrich, Amor et al., Pendery et al.). La littérature n'est toutefois pas unanime. Dans la littérature, on observe des résultats d'ensemble relativement stables pour le groupe, à travers les différents suivis (6 mois, 18 mois et 24 mois). Ceci n'implique pas une stabilité semblable pour les individus; l'évolution favorable des uns compense pour les rechutes et les détériorations des autres. Les résultats de la présente étude vont dans le même sens: aucun des critères favorables ou défavorables n'est en relation avec l'ancienneté du séjour au centre.	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Les itinérantes aux services d'urgence de St-Luc (53)	Connaître l'impact de l'implantation de la Maison l'Invitée sur les services de l'urgence de St-Luc et à ce titre: Connaître les similitudes entre les femmes intoxiquées fréquentant l'urgence etles femmes admises à la maison l'Invitée. Savoir si les clientes changent leurs comportements d'utilisation des services à la suite d'un séjour à la maison l'Invitée pour se présenter à ce centre plutôt qu'à l'urgence.	A ces fins, les dimensions documentées ont été les suivantes: 1) le profil des femmes intoxiquées et sans abri se présentant à l'urgence hospitalière. 2) Identification des femmes fréquentant la maison l'Invitée et de celles qui sont susceptibles de le faire. 3) Observation des modalités d'utilisation des services à la maison l'Invitée et à l'urgence lorsque les femmes ont des dossiers dans ces deux établissements.	Lieu d'enquête retenu: St-Luc, étant donné l'importance du volume des femmes itinérantes en état d'intoxication aiguë. Population à l'étude: les femmes de 18 ans ou plus arrivant à l'urgence en état d'intoxication (alcool, drogue, médicaments) ou en situation de détresse ou connaissant des conditions précaires de logement permanentes ou ponctuelles. Cueillette de données: 1) dépouillement des admissions à l'urgence à l'aide du "relevé quotidien des séjours à l'urgence" du 27 septembre au 1er novembre 1988 (5 semaines). La population cible est cernée à l'aide des variables âge, sexe et code de diagnostic. 2) identification de la clientèle commune entre l'urgence de St-Luc et la maison l'Invitée. 3) relevé chronologique des admissions à l'urgence et à l'urgence de St-Luc pour la clientèle commune.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Les itinérantes aux services d'urgence de St-Luc (53)	Similitudes entre la population d'enquête fréquentant l'urgence de St-Luc et celle des femmes qui fréquentent la Maison l'Invitée. Une partie des clientes de l'urgence admissibles à la Maison l'Invitée sont effectivement inscrites aux services de ce centre. Les 10 femmes connues de la Maison l'Invitée sont celles qui présentent les conditions physiques ou mentales les plus détériorées. 19 autres femmes auraient pu bénéficier des services de la Maison l'Invitée puisqu'elles répondaient aux critères d'admission: être itinérante et avoir des problèmes reliés à la consommation de psychotropes. La salle d'urgence semble constituer une porte d'entrée des femmes qui demandent des soins ou de l'aide en rapport avec leur surconsommation de psychotropes. La mise sur pied des services de la Maison l'Invitée a eu un impact sur l'utilisation des services de l'urgence de St-Luc puisque 82 femmes ont arrêté ou diminué leur fréquentation de la salle d'urgence. Ces deux services ne sont pas directement interchangeables mais plutôt complémentaires; un certain nombre de femmes itinérantes utilisent simultanément les services d'urgence de St-Luc et de la Maison l'Invitée. Les références de clientes entre ces deux services ont permis d'améliorer la complémentarité et la continuité des soins.	Pas de comparaison avec la littérature.	Trois recommandations ont surgi de cette évaluation d'impact: . Clarifier auprès du personnel des urgences la notion de femme itinérante en vue de permettre une meilleure identification des références possibles. . Développer et consolider les mécanismes de liaison entre les urgences et l'Invitée en vue de rendre vraiment complémentaire ces deux services. . Sensibiliser la personne de l'urgence au nombre important de femmes qui se présentent une première fois pour faire traiter des problèmes de surconsommation de psychotropes et éventuellement faciliter l'orientation de cette clientèle vers des services plus adéquats.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Pavillon Foster (67)	1- Déterminer si les alcooliques participant à un programme d'exercices aérobiques obtiennent des améliorations physiques similaires à celles qui ont été obtenues des personnes non alcooliques; 2- Évaluer si la participation à un programme d'exercices aérobiques améliore leur taux d'abstinence.	Performance physique: pression sanguine, graisse corporelle, consommation maximale d'oxygène,... Abstinence: déclaration du bénéficiaire mais corroborée par un membre de la famille ou l'employeur	Population à l'étude: 58 résidents au programme interne (6 semaines); 46 hommes et 12 femmes, âge moyen: 42 ans; 50 % ont un emploi spécialisé; 60 % ont un travail; 70 % buvaient quotidiennement antérieurement à leur traitement, mais n'avaient jamais suivi de programme de réadaptation. L'ancienneté de leur problème de consommation d'alcool était en moyenne de 8 ans. Étude réalisée entre mai 1979 et mai 1980. Des tests avant et après l'expérience sur la performance physique des participants au programme d'exercices aérobiques; pré-test dans la 1ère semaine du séjour et post-test dans la dernière semaine du séjour, soit 5 semaines plus tard. Programme d'une heure, 5 jours par semaine. Données sur l'abstinence recueillies à l'entrée dans le programme et à 3 mois suivant le départ du Centre. Analyse de régression multiple. Groupe de comparaison: 12 résidents (8 hommes et 4 femmes, moyenne d'âge: 30 ans) d'un autre établissement. 2 sous-groupes dans le groupe expérimental: participation partielle (8 hommes et 1 femme); participation totale (38 hommes et 11 femmes). Le groupe de participation partielle sert de comparaison.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Pavillon Foster (67)	Augmentation positive entre le 1er et le 2e test portant sur la performance physique pour le groupe de participation totale au programme d'exercices aérobiques. Les bénéficiaires du groupe de participation partielle n'augmentent pas leur performance physique de même que le groupe de comparaison provenant de l'établissement sans aucun programme d'exercices. Le fait de garder l'abstinence n'améliore pas en soi la performance physique. Association du programme d'exercices aérobiques à l'amélioration du taux d'abstinence qui est de 69 % chez ceux qui ont suivi ce programme, de 37 % chez les bénéficiaires de l'établissement sans programme d'exercices et de 38 % chez les résidents du centre Foster avant l'introduction de ce programme. La participation à un tel programme peut augmenter le fait de rester abstinent trois mois après la fin du séjour. Suite à leur départ du centre, les patients maintiennent rarement au degré atteint, leur performance physique.		

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Pavillon Jellinek (12,13,17)	1- Connaître le profil de la clientèle (clinique, psycho-social et économique). 2- Connaître le degré de succès et d'insuccès des interventions (satisfaction, abandon, rechute). 3- Cerner les facteurs associés au succès et à l'insuccès afin d'adapter les modes d'intervention et donc connaître les facteurs liés à l'abandon précoce du traitement. 4- Connaître l'efficacité relative des différents modes d'interventions (interne versus externe) ou des combinaisons d'interventions.	Modèle d'analyse:  Hypothèses: 1- Une grande stabilité sociale (telle qu'attestée par la résidence, l'emploi, les relations avec la famille, les problèmes avec la justice) contribue de façon significative à une issue favorable du traitement. 2- L'état à l'admission ou la stabilité sociale ou les deux influencent le choix du type de programme: les clients les plus détériorés ou les plus instables socialement sont davantage dirigés vers les programmes internes. 3- L'état à l'admission ou la stabilité sociale ou les deux influencent l'expérience du traitement: les clients les plus détériorés ou les plus instables sont les plus susceptibles de ne pas donner suite à leur demande d'admission, d'abandonner prématurément le traitement en interne ou de ne pas se présenter à leur rendez-vous de suivi en externe.	Définitions opératoires des variables. 1) Antécédents sociaux: indice de stabilité sociale (Skinner à ARF). 2) État à l'admission: SMAST et échelle des problèmes reliés à la consommation (dérivée de celle d'Edwards). 3) Consommation: catégorie de consommation (consommateur d'alcool, consommateur de drogues, consommateur d'alcool et de drogues, consommateur de médicaments). 4) Type de programme: interne versus externe. 5) Expérience de traitement: participation plus ou moins intensive aux activités organisées, nombre d'activités (typologie). 6) Santé mentale: Santé Québec, échelle "vos sentiments". 7) Fonctionnement social: Santé Québec, échelle "vos activités" et échelle "votre entourage". Devis quasi expérimental.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Jellinek (suite)		4- Les clients qui auront suivi un traitement obtiendront de meilleurs résultats, que ceux qui n'auront fait que s'inscrire ou auront abandonné le traitement de façon prématurée. 5- L'état à l'admission a une influence sur l'issue du traitement. 6- Le type de programme a une influence sur l'issue du traitement. Variables dépendantes: a) la consommation (sobriété ou non) b) la santé mentale c) le fonctionnement social (activités physiques, loisirs, entourage) Variables indépendantes: a) antécédents sociaux des bénéficiaires b) état à l'admission c) type de programme d) expérience de traitement.	Mesures répétées: - Tests à l'inscription (217 bénéficiaires) - Tests 6 mois après (139 bénéficiaires 64 %) - Tests 12 mois après (120 bénéficiaires 56 %) - Population totale des sujets admissibles: 225 bénéficiaires. Population du Pavillon Jellinek: - à 80 % masculine - Age moyen = 31 ans - Revenu inférieur à la moyenne régionale - Taux de sans emploi = 59 % à l'admission - La majorité a un problème d'alcool Pas de différence significative entre les clients de Jellinek et les clients de l'échantillon pour la recherche. Observation d'une différence significative entre les joints (suivi de 6 mois et 12 mois) et les non-joints (ceux-ci seraient plus jeunes et moins stables). Données recueillies entre avril 1985 et novembre 1987.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Pavillon Jellinek (12,13,17)	Taux de 40 % d'abstinence chez les clients au suivi d'un an.	Un taux d'abstinence entre 12 et 45 % après 1 an ou 2 ans est rapporté par la littérature.	
	Taux de réussite de 55 % lorsqu'on inclut les personnes ayant réussi à contrôler leur consommation durant les 6 derniers mois.		
	L'abstinence n'est pas liée au type de programme (interne ou externe) suivi par la clientèle, mais plutôt au fait que les gens suivent un traitement quel qu'il soit. Seul un rapport entre le programme interne et une augmentation de l'activité physique est constaté.		
	Les clients ayant un problème combiné (alcool et drogue) ont plus de difficulté à garder leur sobriété que les clients avec un seul problème; après un an, la proportion des clients sobres est de 54,2 % pour ceux qui ont un problème de drogue, 42,6 % pour ceux qui ont un problème d'alcool et 27,3 % pour ceux qui ont un problème d'alcool et de drogue.		
	Une participation minimale au traitement augmente les chances de celui qui désire être sobre. Une exposition maximale au traitement ne produit pas plus de clients sobres (25 %) qu'une exposition moyenne (37,5 %) ou même une exposition minimale (31,3 %) après un an.	En désaccord avec la littérature qui dit que l'issue du traitement dépend des niveaux de participation au traitement.	
	Rapport positif entre sobriété et santé mentale ainsi qu'entre sobriété et satisfaction des relations avec l'entourage.	En concordance avec la littérature qui souligne l'importance de considérer d'autres facteurs que la sobriété pour évaluer l'issue du traitement. Observation dans cette recherche d'une différence entre les sobres et non sobres en ce qui a trait à la santé mentale et les rapports avec les parents, amis et conjoints.	
	Les clients ont amélioré leur santé mentale: à l'inscription, 85,5 % des sujets ont une haute symptomatologie et 6,9 % d'entre eux, une basse symptomatologie; lors du suivi d'un an, 62,5 % des sujets ont une basse ou moyenne symptomatologie.		

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Pavillon Jellinek (suite)	Pas de relation entre la stabilité sociale ou l'état à l'admission et l'issue du traitement.	Non conformité dans la littérature (cf. Blane et al.) où les sujets ayant un problème sérieux de consommation, ont un pronostic moins favorable.	
	Corrélation entre la stabilité sociale et l'état à l'admission (soit le SMAST, soit l'échelle de problèmes).		
	La combinaison de 3 facteurs (SMAST, échelle de problème et stabilité sociale) a une influence sur l'expérience de traitement.		
	L'échelle de problème est un bon prédicteur du type de programme et de l'expérience du traitement. Cette variable combinée avec l'âge et la scolarité déterminent l'expérience du traitement, mais l'ensemble de ces variables ne rend compte que de 9 % de la variance.	Concordant avec la littérature où les clients ayant le plus de problèmes se retrouvent plus souvent à l'interne.	
	Les polytoxicomanes ont les scores les plus élevés à l'échelle de problèmes.		
	Corrélation positive entre l'échelle de problème et la santé mentale.		
	Attrition constatée dans cette recherche lors du 1er et 2e suivi est respectivement de 36 et 44 %.	Attrition comparable à l'attrition observée par d'autres recherches (entre 50 et 70 %).	

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Planification stratégique à Domrémy-Montréal (6,8,15,16, 33,39,40,68)	A l'intérieur d'un processus de planification stratégique portant sur Domrémy-Montréal, certaines études à portée évaluative ont été effectuées dans le but d'identifier les problèmes et les besoins tant de la population à desservir que de l'organisation, soit à l'aide de données existantes, soit grâce à de nouvelles cueillettes de données. Les études visant les sous-objectifs suivants nous apparaissent pertinentes en termes d'évaluation: - Connaître le profil statistique des clients de chaque unité. - Connaître la distribution géographique de la clientèle. - Connaître le profil clinique des clients de l'interne. - Connaître l'attrition. - Connaître la satisfaction des clients sur les services rendus. L'ensemble de ces études permet de poser un diagnostic sur la situation actuelle de cet établissement, ce qui permet de préciser des modifications à effectuer dans le cadre de la planification stratégique.	Profil de la clientèle de Domrémy et analyse des tendances évolutives. L'étude sur la distribution géographique de la clientèle dans la région 06A analyse les dimensions suivantes: - Provenance spatiale des clients dans 06A. - Zone de desserte des établissements. - Caractéristiques comparatives des clients entre les établissements. - La polytoxicomanie dans la région 06A. - Identification d'aires pathologiques dans cette région.	Le profil est défini à l'aide de caractéristiques socio-économiques (sexe, âge, niveau de scolarité, statut d'emploi, statut civil, etc.,), de caractéristiques reliées à la toxicomanie (substances consommées, carrière en réadaptation) et de caractéristiques organisationnelles (demande, taux d'occupation et durée de séjour en résidence, origine de la demande, provenance des bénéficiaires). Tendance: comparaison entre le profil en 1983 et le profil en 1987. Étude réalisée sur une population de 6904 clients; il s'agit de tous les clients de 6 établissements dans la région 06A entre le 1er avril 1984 et le 31 mars 1986. Ces 6 établissements englobent 4 CART, 1 CHSCD et 1 centre privé. Analyse des corrélations effectuée à partir des variables: sexe, âge, type de produits consommés, provenance géographique (régions et code postal) dans 06A, code d'établissement.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Planification stratégique Domrémy-Montréal (suite)		Analyse de l'existence d'une typologie des clientèles, associée à la présence de programmes différents de réadaptation interne.	Échantillon au hasard de 10 dossiers pour chacun des 4 programmes différents (donc 40 dossiers). Analyse à l'aide d'une grille élaborée à la suite d'une revue de littérature sur les études évaluatives portant sur l'appariement; grille adaptée au besoin de l'établissement. Validation auprès de l'intervenant, de la compréhension par le chercheur, des informations aux dossiers cliniques sélectionnés.
		Attrition de la clientèle tant à l'interne qu'à l'externe.	La définition opérationnelle de l'attrition est la suivante: la fréquence (quantité de services reçus) et la longévité (prolongation dans le temps des services rendus) des services de consultation après l'ouverture de dossier. Analyse multivariée pour cerner le ou les facteurs associés à l'attrition. Variable dépendante: attrition ou indice de densité de services par période (fréquence/longévité). Variable indépendante: 11 variables différentes dont l'âge, le sexe, le revenu, la scolarité, la durée de séjour, les substances consommées, le secteur de référence, les modalités de fin de cure. Échantillon de 136 sujets ayant séjourné à l'interne entre le 1er janvier 1986 et le 17 juillet 1986 (examen des services reçus pendant le séjour ainsi que 6 mois avant et 6 mois après celui-ci).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Planification stratégique Donréay-Montréal (suite)			Échantillon de 243 bénéficiaires en services externes: examen des services reçus dans les 6 mois suivant leur inscription aux services externes.
		. Satisfaction des bénéficiaires à l'égard des services.	Deux cueillettes de données ont été réalisées pour documenter cet aspect: 1) sondage téléphonique auprès d'un échantillon atteint de 245 bénéficiaires en décembre 1986; 2) deux entrevues de groupe; une première avec 12 clients provenant de l'interne et l'autre avec 10 bénéficiaires des services externes, la sélection de ces personnes étant effectuée de façon à regrouper des hommes et des femmes provenant des 4 secteurs de services.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Planification stratégique Dorvéy-Montréal (6,8,15,16, 33,39,40,68)	Région 06A: - Observation de modèles différents de consommation selon le sexe et l'âge. - Pas de spécialisation explicite des différents centres malgré l'observation de quelques particularismes pour certains d'entre eux. Faible concertation régionale quant à la précision de vocations spécifiques pour les centres. - Constat d'aires géographiques possiblement pathogènes: quartiers centraux de Montréal et quartiers vieillots souvent défavorisés. Dorvéy-Montréal: - Tendance vers un profil mixte des substances consommées; 70 % des clients à leur premier séjour; taux de réadmission interne et externe de 30 %, stable à l'interne et en augmentation à l'externe. - Stabilité des clients qui dépendent de l'aide sociale (34 %) et du chômage (12 %) à l'interne et à l'externe. - Confirmation de l'hypothèse de clients types associés à chacun des 4 programmes et description de ces portraits; présence d'une certaine perméabilité des unités concernant l'acceptation d'individus atypiques. - Observation de certaines faiblesses dans la tenue des dossiers: certains oublis et non uniformité. - Attrition dans les services internes: probabilité élevée (71 %) que le client n'ait aucune communication avec le centre avant son admission ou que cette communication ne date que de quelques jours; probabilité faible que le client maintienne son suivi thérapeutique après 3 mois; les clients ayant plus de services avant l'admission sont ceux qui en reçoivent le plus après leur séjour.		Préciser la mission de Dorvéy-Montréal en complémentarité avec celle des autres ressources dans un plan régional de services tant en prévention qu'en réadaptation afin de mieux éviter les recoupements. - Relocalisation possible des services externes pour mieux desservir la clientèle. - Améliorer l'accessibilité aux services pour les anglophones et les allophones. - Améliorer la continuité des services dont les références entre l'interne et l'externe. - Diminuer l'attente et l'attrition, mais tiraillement entre l'accessibilité et la qualité des services. - Adaptation des services à la tendance vers un profil mixte de consommation. - Systématisation d'un appariement programme-client. - Amélioration des collaborations avec les groupes d'entraide et les mouvements de sobriété

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Planification stratégique Domrémy-Montréal (suite)	- Attrition dans les services externes: 21 % des clients n'ont aucun service suite à l'ouverture de leur dossier; 25,5 % des clients n'ont plus de services après le 1er mois; 21 % des clients restent encore en contact au-delà de 5 mois; le client reçoit en moyenne 6 services de consultation dans les 6 mois suivants son inscription dont 3 lors du 1er mois et 2 lors du 2e mois. Ces 6 services comprennent généralement 3 entrevues individuelles, 2 rencontres de groupe et un appel téléphonique. - Grande satisfaction des bénéficiaires à l'égard de Domrémy-Montréal et plus particulièrement pour la qualité des services cliniques. - Identification de certains points faibles dans la satisfaction des bénéficiaires: attentes avant le 1er rendez-vous (entrevue individuelle et de groupe, le fait de faire affaire avec plusieurs thérapeutes, le manque de loisirs,...)		

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
St-François d'Assise: Boivin, Laforge et Hardy (4)	1) Étudier le changement observé entre pré et la post-cure chez certains facteurs; 2) Identifier les prédicteurs de rechute ou de récupération.	Facteurs susceptibles de changer entre la pré-cure et la post-cure: consommation de benzodiazépine et de cocaïne, assistance aux réunions des A.A., emploi, situation relationnelle. Prédicteurs de rechute ou de récupération: - avant le processus de réadaptation: sévérité de la dépendance alcoolique, caractéristiques démographiques, psychopathologie, consommation abusive de benzodiazépine ou de cocaïne; - six mois après la fin de la réadaptation: l'emploi, les stresseurs aigus, le support social, la satisfaction matrimoniale, le suivi professionnel ou A.A.	Population à l'étude: tous les sujets qui ont une dépendance à l'alcool ou autres drogues (DIS-DSM III) admis en réadaptation interne (6 semaines) au Centre hospitalier St-François d'Assise, ce qui concrètement représente une possibilité de 100 sujets admis entre janvier 1988 et avril 1989; 10 des 100 sujets n'ont pu être étudiés pour refus de participation à l'étude (2), pour arrêt volontaire (2) ou obligatoire (6 mis à la porte) du traitement; principales caractéristiques: moyenne de 37,2 ans; 84 % sont locataires; 75 % ont une scolarité primaire ou secondaire; 40 % sont sans travail à temps plein. Cueillettes de données: 1) Au début du traitement (deuxième semaine); 3 entrevues individuelles d'une heure; 2) 6 mois après la fin de la cure: idem à la première cueillette; 3) entrevues avec les collatéraux pour confirmer ou infirmer les informations cueillies auprès des sujets à l'étude. De plus, à tous les mois entre la première et la deuxième cueillette, rappel de tous les sujets à l'étude pour ne pas perdre contact avec eux. Perte de 12 sujets étudiés lors de la deuxième cueillette: 1 sujet en prison; 2 sujets suicidés, 3 sujets rejetés parce que leurs réponses ne sont pas confirmées par leurs collatéraux, 4 sujets qui sont des pertes totales et deux sujets qui refusent de répondre.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉESET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
St-François d'Assise: Boivin, Laforge et Hardy (suite)			Instruments de cueillette: 1) "client follow-up questionnaire"; 2) le "DIS", pour l'historique de la consommation d'alcool et la psychopathologie. Analyse statistique: 1) Tableaux de contingence des mêmes variables entre la première cueillette et la deuxième (6 mois après le traitement) et entre les variables: analyse par chi-2 pour repérer les liens de dépendance entre les variables et les changements significatifs entre les deux moments de cueillette; 2) Analyse de variance (scores continus) ou avec le chi-2 afin d'identifier les prédicteurs en fonction des groupes de sujets (groupe d'abstinents, groupe de consommateurs sans problème et groupe de consommateurs avec problème): on analyse les différences significatives des prédicteurs entre les groupes de sujets; ou si l'on veut, on vérifie si les groupes se différencient par la présence ou l'absence de facteurs, soit pré-cure, soit post-cure.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES CONCORDANCES OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
St-François d'Assise: Boivin, Laforge et Hardy (4)	Les changements entre la pré et la post-cure: - amélioration de la consommation de l'alcool: on passe d'une proportion de 10 à 15 % d'abstinents pour certains mois avant la cure à une proportion de 39 % si l'on regroupe les 6 mois de consommation avant la cueillette en post-cure. Ce pourcentage atteint 85 % pour les deux premiers mois après le traitement, mais diminue au cours du troisième mois; - les consommateurs réguliers de benzodiazépine et de cocaïne avant le traitement passent respectivement de 60,7 % à 39,2 % et de 65 % à 35 % lors du suivi de post-cure; - pas de différences significatives dans la participation aux A.A., dans la situation relationnelle et dans l'emploi (différence positive observée pour cette dernière variable, mais non significative). Les prédicteurs de récupération ou de rechute présents avant la cure: - Le groupe de consommateurs avec des problèmes présente significativement plus de sujets dépressifs avant le traitement. La majorité des sujets avec une sociopathie se retrouve dans ce groupe, mais ce fait ne différencie pas significativement les groupes; - Corrélation positive entre le début de la consommation problématique d'alcool et les groupes de sujet: le groupe de rechute se caractérise par une consommation problématique plus précoce ($\bar{X}$ = 22 ans) que celles des deux autres groupes ($\bar{X}$ = 28 ans); - Etre âgé est un facteur de récupération.	Conforme à plusieurs études (cf McLellan (1983), Behar (1984), Babor (1987) et Syanum et McAdoo (1989). Conforme à la littérature évaluative. En concordance avec la littérature.	- Fait des suggestions sur les dimensions pertinentes à inclure dans l'évaluation clinique des bénéficiaires avant le traitement (consommation de tous les psychotropes, en plus de la consommation de l'alcool; situation familiale; situation professionnelle; la présence de psychopathologie) et après le traitement (la consommation de tous les psychotropes; la présence de psychopathologie après le traitement; les modifications de la situation familiale et professionnelle).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFCATION DES CONCORDANCES OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
St-François d'Assise: Boivin, Laforge et Hardy (4)	Les prédicteurs de récupération de rechute présents après la cure: - différence entre les groupes, mais non significative, pour l'emploi (temps plein) ou la satisfaction matrimoniale; - pas de différence entre les groupes pour le suivi, professionnels ou A.A., en post-cure, le réseau ou le support social; - les consommateurs avec problèmes ont significativement plus de problèmes conjugaux et d'ennuis avec leur famille (évènements stressants jugés importants).	- La littérature attribue généralement au suivi un rôle de prévention des rechutes, ce que ne confirme pas la présente recherche. Cela pourrait s'expliquer par des différences dans la nature des suivis analysés.	Un nombre élevé de rechutes chez certains sujets au cours du troisième mois suggère l'utilité d'un suivi post-cure à ce moment précis.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude à la MRC Pabok (18)	Faire un bilan des services offerts en toxicomanie dans le secteur de la MRC Pabok.	- Information qualitative et quantitative sur les services offerts (services externes).	- Information qualitative: - philosophie d'intervention; - rôle et fonctionnement de l'équipe d'intervention; - rôle de la table de concertation. - Information quantitative: - nombre de personnes évaluées et suivies; - nombre de rencontres par semaine; - nature des problèmes. - Évaluation de type impressionniste.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Étude à la MRC Pabok (18)	L'équipe (3 intervenants - 1 travailleur de rue, un psychologue clinicien et un agent de liaison) a suivi 135 personnes entre septembre 1985 et décembre 1986, majoritairement des hommes (84,4 %). Moyenne de 25 rencontres individuelles par semaine pour l'équipe. Problème de polytoxicomanie pour la majorité, avec l'alcool comme le produit le plus consommé. Approche d'intervention: le faire faire ou communautaire: utilisation des ressources bénévoles. Rôle de la table de concertation: évaluation et discussion des zones grises entres les organismes d'intervention, concertation continuelle entre les intervenants, aide à la solution des problèmes des différents organismes. 20 % des 135 individus suivis de façon formelle ont dû avoir recours à un centre de réadaptation à l'extérieur de la région.		Le rôle de cette table de concertation est dynamique; c'est un moyen jugé efficace. On attribue cela principalement au fait que la majorité de ces références ont été effectuées entre septembre et décembre 1985, au moment où l'équipe était en rodage. Nécessité d'informer et de sensibiliser de façon constante tous les intervenants (médecins, policiers, etc.) à cause du taux élevé de roulement de personnel en région. Nécessité de travailler constamment (rôle de l'agent de liaison) sur la complémentarité entre toutes les ressources intervenantes. Mécanisme de référence avec le C.H. de Chandler devrait être amélioré.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude au Centre de réadaptation de la Montérégie (33)	Déterminer le pourcentage de récidive de la clientèle de 18 ans et plus. Connaître les caractéristiques des récidivistes.	Récivide: reprise de la consommation.	Entrevues structurées de 60 minutes auprès de 38 personnes (22 femmes et 16 hommes); 39 personnes n'ont pas pu être jointes et 8 autres ont refusé ou ne se sont pas présentées à l'entrevue. Cueillette de données dans les dossiers des répondants.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Étude au Centre de réadaptation de la Montérégie (33)	52,6 % des répondants ont récidivé, mais ont une consommation moins importante en termes de fréquence et de quantité de psychotropes consommés. Changement dans le modèle de consommation chez les récidivistes: pour les hommes, élimination du phénomène de la polytoxicomanie et augmentation de la consommation soit d'alcool, soit de drogues (consommation unique); pour les femmes, le changement est plus complexe mais on note une baisse de la polytoxicomanie et une augmentation de la consommation d'un seul psychotrope. Améliorations sur le plan personnel, familial et de la santé chez les récidivistes. Le revenu (provenance et montant) et l'âge ne semblent pas être liés à la récidive, mais le fait de vivre seul peut constituer un risque de récidive.		

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Étude du Centre N.A. Labrie (35)	Mesurer le degré d'efficacité du centre N.A. Labrie ou dans quelle mesure les services offerts permettent aux gens de résoudre leur problème de toxicomanie.	- Caractéristiques personnelles. - Type de problèmes. - Amélioration ou non du problème principal et de certaines autres dimensions associées.	Analyse des dossiers abrégés de 750 clients utilisateurs des services externes entre juin 1974 et décembre 1981. Entrevues téléphoniques auprès de 155 bénéficiaires (ou si absent un autre répondant), échantillonnés au hasard dans les 750 utilisateurs. 3 questions dans l'entrevue: - raisons de l'utilisation des services externes; - problème amélioré, réglé, inchangé ou empiré; - autres changements associés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EFFECTUÉS APRÈS L'ÉVALUATION
Étude du Centre N.A. Labrie (35)	Problème le plus fréquent: consommation d'alcool (86 % des hommes et 43 % des femmes) Résultats: 37 % réglé - 43 % amélioré - 14,8% inchangé - 5 % expiré. Autres changements: domaine familial (30 %), personnel (19 %) et social (14 %). Pas de corrélation significative entre les résultats et l'âge, le sexe, le nombre d'interventions, la présence d'un dossier interne. Difficultés à savoir si le peu de corrélations significatives peut être dû à la petitesse de l'échantillon.		L'évaluation des résultats obtenus devrait être mise en relation avec l'envergure des problèmes des bénéficiaires. Suggérer une grille d'évaluation de l'intensité (gravité) des problèmes pour les recherches ultérieures.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	OBJECTIFS VISÉS	DIMENSIONS DOCUMENTÉES ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES
Évaluation au CH St-François d'Assise (45).	Tracer un portrait de la clientèle du programme "Psychothérapeutique de groupe pour les femmes". Apprécier la qualité de ce programme.	- Description du programme. - Profil statistique de ce programme sur deux ans.	Description du programme: - les objectifs; - l'approche privilégiée par ce programme; - le fonctionnement de celui-ci. Profil statistique de la clientèle (67 femmes en 2 ans): caractéristiques socio-économiques, type de dépendance, type d'assistance au programme, type de psychopathologies, croyances personnelles, satisfaction. Questionnaire d'auto-évaluation au début et à la fin du programme; pour les croyances personnelles, on a recourt à l'ICP (inventaire des croyances personnelles).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSULTATS MAJEURS	DIFFÉRENCES OU CONCORDANCES ENTRE LES RÉSULTATS ET LA REVUE DE LITTÉRATURE, SI DISPONIBLES	IDENTIFICATION DES RECOMMANDATIONS OU AJUSTEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE EFFECTUÉS APRES L'ÉVALUATION
Évaluation au C.H. St-François d'Assise (45)	Effet positif de l'intervention après le programme puisqu'il y a eu une baisse dans les croyances irréalistes et la satisfaction des bénéficiaires.		

ANNEXE 4
LEXIQUE

A.A.: Alcooliques anonymes; ce groupe d'entraide offre des services d'accompagnement qui sont dispensés parallèlement à un traitement de réadaptation, des services de suivi qui sont postérieurs au traitement de réadaptation lui-même et aussi des services de rédaptation comme tels.

Boire contrôlé: il se caractérise par une baisse appréciable des quantités d'alcool absorbées et du nombre de fois où la consommation prend place et il est exempt de problèmes de consommation. C'est le résultat d'un apprentissage systématique (techniques comportementales ou behavioriales) portant sur les circonstances ou les contextes de la consommation (dixit Cormier).

Boire réfléchi: choix délibéré de la personne quant à l'à-propos de consommer selon les circonstances internes et externes et quant à l'à-propos des quantités appropriées. Cette forme de boire provient d'un processus individuel d'exploration de soi et de ses mobiles de boire (dixit Cormier).

Case management: Forme d'organisation de première ligne achetant des services pour un client en conformité avec un plan de soins et services relatifs à l'ensemble des besoins de ce client. L'organisation qui est responsable du client achète des services à d'autres organisations dispensant des services; concrètement, cela signifie que l'organisation responsable du client possède le contrôle des argents nécessaires à cette fin. "(It) differs in three dimensions...: 1) the intensity of client-case manager interaction, 2) the breadth of services encompassent, and 3) duration of the case management." (Health services research; april 1988; 23,1:p.76). Les aspects positifs généralement associés à cette formule sont le fait que quelqu'un soit responsable du client, d'une meilleure accessibilité aux services et du caractère plus souple et moins invasif des services dispersés.

C.H.S.C.D.: Centre hospitalier de soins de courte durée.

C.R.T.: Centre de réadaptation en toxicomanie.

D.S.M.III-R.: Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, version révisée; cet instrument élaboré par l'Association américaine de psychiatrie, est utilisé pour l'évaluation clinique des personnes toxicomanes.

Groupes d'entraide: Brochu et al. précise que ces groupes incluent les alcooliques anonymes, Al-non, Alateen, Women for sobriety et d'autres groupes d'entraide.

Informations sur les drogues et l'alcool: Brochu et al. indique que ce type de méthode thérapeutique comprend l'utilisation de films, de brochures, de conférences sur les caractéristiques de ses produits et leurs effets sur les consommateurs.

Notes évolutives: notes sur l'évolution d'un bénéficiaire qui sont versées à son dossier personnel.

P.I.I.: plan d'intervention individualisé: selon le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le plan d'intervention devrait comprendre: l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée prévisible de ces services. Tout établissement doit élaborer un plan d'intervention pour chaque personne réadaptée et le réviser à tous les 90 jours. Ce plan constitue en fait une sorte de stratégie d'action détaillée et individualisée.

P.S.I.: Plan de services individualisés; le plan de services est un mécanisme de coordination visant à assurer la cohérence et la complémentarité de l'ensemble des interventions de réadaptation auprès d'une personne; il permet l'intégration de différents plans d'intervention individualisés concernant une personne ayant besoin de réadaptation.

Rémission spontanée: amélioration du comportement de boire sans recours à aucune aide extérieure.

S.M.A.S.T.: Short Michigan alcoholism screening test; instrument servant à dépister parmi la population générale les personnes ayant un problème d'alcoolisme.

Thérapie individuelle: Brochu et al. la définit comme une consultation en tête à tête, une psychothérapie.

Thérapie de groupe: Brochu et al. la définit comme une thérapie de groupe organisée avec un chef de groupe.

COLLECTION ETUDES ET ANALYSES

DERNIERS TITRES PARUS

(DGPE* #6) **Les coûts directs et indirects du sida au Québec, 1987, 1991, 1996.**
(D. BOUCHARD et F. CAMIRAND, Direction de l'évaluation, 1989)

(DGPE #5) **Les facteurs associés à l'orientation des personnes agées dans des établissements d'hébergement: une revue de littérature.**
(L. TRAHAN, Direction de l'évaluation, 1989)

(DGPE #4) **Finlande, Norvège et Suède : Points d'intérêt des systèmes de santé.**
(Y. BRUNELLE et D. OUELLET 1989)

(DGPE #3) **Les programmes québécois d'aide aux conjoints violents: rapport sur les seize organismes existant au Québec: .**
(G. RONDEAU, M. GAUVIN et J. DANKWORT, Direction de l'évaluation, 1989)

(DGPE #2) **Des organisations de soins intégrés de santé (OSIS) au Québec.**
(Y. BRUNELLE, D. OUELLET et S. MONTREUIL, Direction de l'évaluation, 1988)

(DGPE #1) **Une évaluation des niveaux de soins requis par les bénéficiaires dans les institutions psychiatriques du Québec.**
(P. ROBERGE et al., Direction de l'évaluation, 1988)

(DE** #32) **Enseignements à retenir des HMO américains.**
(Y. BRUNELLE et D. OUELLET 1988)

(DE #31) **Comparaison interprovinciale de l'évolution des dépenses de santé et de quelques indicateurs socio-économiques avec analyse particulière pour le Québec et l'Ontario de 1977 à 1985.**
(D. FUGERE et R. COTE 1988)

(DE #30) **L'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle: Bilan du processus vécu dans 5 centres d'accueil québécois de réadaptation.**
(M. BOLDUC, C. CHAMBERLAND et L. LAVOIE 1988)

(DE #29) **Evaluation du programme des aides auditives de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.**
(L. TRAHAN 1987)

(DE #28) **CRSSS et décentralisation de 1972 à 1987, bilan d'une recherche.**
(J. TURGEON 1987)

(SESS*** #4) **Enquête canadiennne sur la promotion de la santé (1985): description des données québécoises.**
(M. CLARKSON 1987)

(SESS #3) **Stérilité et infertilité: deux concepts, deux réalités.**
(M. ROCHON 1986)

(SESS #2) **La mortalité dans les régions socio-sanitaires, les divisions de recensement et les principales agglomérations urbaines du Québec; 1979-1983.**
(R. PAMPALON 1986)

(SESS # 1) **L'état de santé des Québécois. Un bref bilan des indicateurs disponibles.**
(R. PAMPALON 1986)

* DGPE: Direction générale de la planification et de l'évaluation
** DE: Direction de l'évaluation
*** SESS: Service des études socio-sanitaires

(DE #27) **La politique et les programmes de services à domicile: constats et réflexions évaluatives.**
(M. BOLDUC 1986)

(DE #26) **L'efficacité du programme d'auto-traitement de l'hémophilie.**
(S. MONTREUIL 1987)

(DE #25) **Utilisation des ressources humaines dans le secteur hospitalier au Québec, 1979-1980 à 1984-1985.**
(M. BEAUPRE et P. BOUCHER 1986)

(DE #24) **Analyse de la cohérence de politiques québécoises à l'égard des personnes ayant des incapacités. Première partie: Les clientèles ou problématiques considérées.**
(M. BOLDUC 1986)

(DE #23) **Evaluation du programme des prothèses, orthèses, appareils orthopédiques ou autres: description et évaluabilité.**
(C. CHAMBERLAND 1986)

(DE 22) **L'imagerie médicale au Québec, rapport d'une recherche sur le phénomène de diffusion des technologies médicales.**
(R. JACOB 1986)

(DE #21) **Que font donc les CRSSS? Analyse de l'activité de conseils de la santé et des services sociaux.**
(J. TURGEON 1986)

(DE #20) **La désinstitutionnalisation en santé mentale, un tour d'horizon de la littérature.**
(L. GARANT 1985)

(DE #19) **Les points de vue des clients et des citoyens: leur place dans l'évaluation de programmes.**
(B. VON SHOENBERG 1985)

(DE #18) **L'etat et les affaires sociales: stabilités et changements.**
(J. BELLWARE et P. ROBERGE 1984)

(DE #17) **Le vécu en adoption internationale au Québec.**
(R. GRAVEL et P. ROBERGE 1984)

(DE #16) **Etude préparatoire à l'évaluation du programme des aides auditives.**
(L. TRAHAN-LANGLOIS 1984)

La collection Etudes et Analyses, publiée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation, prend la suite de la collection qui porte le même nom, produite par la Direction de l'évaluation de 1982 à 1988 (#1 à #32), ainsi que de la collection Etudes de santé du Service des études socio-sanitaires de 1986 à 1987 (#1 à #4).

La liste complète des documents déjà publiés par la Direction de l'évaluation est disponible à l'adresse suivante: MSSS, Direction de l'évaluation, 1075, Chemin Ste-Foy, 3è étage, Québec, G1S 2M1 Tél.: (418) 646-8890

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la planification et de l'évaluation

90-443-A